

# Estudio Poblacional de Salud Mental

## Sabaneta, 2018



UNIVERSIDAD CES  
Un compromiso con la excelencia

Secretaría  
de Salud



# Estudio Poblacional de Salud Mental. Sabaneta, 2018

Secretaría  
de Salud



UNIVERSIDAD CES  
Un compromiso con la excelencia

Torres de Galvis, Yolanda  
Estudio poblacional de Salud Mental, Sabaneta 2018/ Yolanda Torres de Galvis,  
Diana Restrepo Bernal, Guillermo Castaño Pérez, Jose Bareño Silva, Gloria María  
Sierra Hincapié, Carolina Buitrago Salazar, Carolina Salas Zapata. Medellín: Univer-  
sidad CES. Editorial CES, 2018.

ISBNe: 978-958-8674-90-2

160 páginas

1. Salud mental 2. Trastornos mentales 3. Comportamiento suicida  
4. Salud pública 5. Sabaneta (Antioquia)

CDD : 362.22

### **Estudio Poblacional de Salud Mental en Sabaneta**

ISBNe 978-958-8674-90-2

Primera edición: diciembre de 2018

© Alcaldía de Sabaneta

© Universidad CES

© Editorial CES

Calle 10 A No 22-04, teléfono 4440555, ext. 1154-1641

<http://www.ces.edu.co/editorial>

[editorial@ces.edu.co](mailto:editorial@ces.edu.co)

Medellín Colombia

**Corrección de textos:**

Danielle Navarro

**Diseño de cubierta y diagramación:**

María Catalina Durán Giraldo

Este libro cumple con lo dispuesto por la normativa colombiana que regula el depó-  
sito legal, con el fin de “garantizar su conservación e incrementar la memoria cultural  
del país”.

Las ideas expresadas en esta publicación por los autores, no comprometen a la Uni-  
versidad CES o a su Editorial, frente a terceros.

Está prohibido el uso total o parcial de esta obra sin autorización escrita de la  
Universidad CES, salvo las excepciones legales vigentes.

# **ALCALDÍA DE SABANETA**

**IVÁN ALONSO MONTOYA URREGO**  
Alcalde

**RUBÉN DARIO GARCÍA NOREÑA**  
Secretario de salud

**NATALIA MONTOYA PALACIO**  
Dirección de salud pública

**JACKELINE ARISTIZÁBAL TRUJILLO**  
Subdirección administrativa y financiera

**LIGIA DAZA PATIÑO**  
Subdirección social

**DANIELA MACÍAS VÉLEZ**  
Subdirección de Inspección Vigilancia y  
Control de Alimentos

**WILSON ALEXANDER TABORDA COLORADO**  
Subdirección de aseguramiento

**FABIAN DAVID ÁNGEL PUERTA**  
Subdirección de factores de riesgo

**JAIME ALBERTO TOBÓN RÍOS**  
Auditor

# **UNIVERSIDAD CES**

**JORGE JULIÁN OSORIO GÓMEZ**

Rector

**RICARDO POSADA SALDARRIAGA**

Decano Facultad de Medicina

**RUBÉN DARÍO MANRIQUE HERNÁNDEZ**

Director de investigación e Innovación

## **INVESTIGADORES**

**YOLANDA TORRES DE GALVIS**

ND. Epidemióloga – Mg en Salud Pública Dra. HC  
Líder Grupo Salud Mental

**DIANA RESTREPO BERNAL**

Psiquiatra de Enlace. Mg. Epidemiología.  
Coordinadora Grupo Salud Mental

**GUILLERMO CASTAÑO PÉREZ**

MD. Esp. en Farmacodependencia. Ph en  
Psicología de la Salud- Grupo Salud Mental

**JOSE BAREÑO SILVA**

MD. Esp. Estadística. MG. Epidemiología  
Grupo Salud Mental

**GLORIA MARÍA SIERRA HINCAPIÉ**

Gerente de Sistemas de Información en Salud  
Mg. Epidemiología-Grupo Salud Mental

**CAROLINA BUITRAGO SALAZAR**

Gerente de Sistemas de Información en Salud  
Mg. Epidemiología-Grupo Salud Mental

**CAROLINA SALAS ZAPATA**

Gerente de Sistemas de Información en Salud  
Mg. Epidemiología - Facultad de Medicina

**MARÍA WITTER ESTRADA MONSALVE**

Asistente Administrativa

Este estudio se llevó a cabo mediante el contrato de prestación de servicios número 831 de 2018 celebrado entre el Municipio de Sabaneta y la Universidad CES.

## Contenido

	Presentación.....	13
<b>Capítulo 1</b>	Estado del arte sobre salud mental .....	15
<b>Capítulo 2</b>	Caracterización sociodemográfica .....	22
<b>Capítulo 3</b>	Aspectos metodológicos .....	28
<b>Capítulo 4</b>	Características de la población de estudio.....	41
<b>Capítulo 5</b>	Trastornos del afecto.....	55
<b>Capítulo 6</b>	Trastornos de ansiedad.....	75
<b>Capítulo 7</b>	Trastornos por uso de sustancias psicoactivas .....	124
<b>Capítulo 8</b>	Trastornos mentales en la niñez y la adolescencia.....	140
<b>Capítulo 9</b>	Trastornos de la alimentación.....	155
<b>Capítulo 10</b>	Comportamiento suicida .....	161
<b>Capítulo 11</b>	Resultados globales.....	173
<b>Capítulo 12</b>	Discusión y recomendaciones.....	191

## Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b>	Distribución del municipio de Sabaneta por extensión territorial y área de residencia, 2015.....	22
<b>Tabla 2.</b>	Población por área de residencia. Sabaneta, 2016.....	24
<b>Tabla 3.</b>	Distribución según edad y sexo. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	41
<b>Tabla 4.</b>	Distribución según nivel de escolaridad. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018.....	43
<b>Tabla 5.</b>	Indicadores de maltrato en la niñez. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018.....	46
<b>Tabla 6.</b>	Distribución de eventos vitales. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018.....	47
<b>Tabla 7.</b>	Comportamiento de la tendencia sexual según grupos de edad. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018.....	51
<b>Tabla 8.</b>	Utilización de servicios de apoyo por problemas de salud mental según sexo. Estudio Salud Mental – Sabaneta, 2018.....	52
<b>Tabla 9.</b>	Indicadores de prevalencia para trastorno depresivo mayor por cien según sexo y razón hombre/mujer Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	64
<b>Tabla 10.</b>	Indicadores de prevalencia para trastorno depresivo mayor por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	65
<b>Tabla 11.</b>	Indicadores de prevalencia para trastorno distímico por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	66
<b>Tabla 12.</b>	Indicadores de prevalencia para trastorno distímico por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	67
<b>Tabla 13.</b>	Indicadores de prevalencia para trastorno afectivo bipolar por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	67
<b>Tabla 14.</b>	Indicadores de prevalencia para trastorno afectivo bipolar por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	68
<b>Tabla 15.</b>	Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	69
<b>Tabla 16.</b>	Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	70
<b>Tabla 17.</b>	Síntomas ansiosos más comunes en los diferentes trastornos de ansiedad.....	78

<b>Tabla 18.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de pánico por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	98
<b>Tabla 19.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de pánico por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	99
<b>Tabla 20.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad eneralizada por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	100
<b>Tabla 21.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada según grupos de edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	101
<b>Tabla 22.</b> Indicadores de prevalencia de trastorno de agorafobia por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	102
<b>Tabla 23.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según grupos de edad - Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	103
<b>Tabla 24.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia social por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	104
<b>Tabla 25.</b> Indicadores de prevalencia para el trastorno de fobia social por cien según grupos de edad - Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	105
<b>Tabla 26.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	106
<b>Tabla 27.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	107
<b>Tabla 28.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según sexo y razón hombre/mujer Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	108
<b>Tabla 29.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno por estrés postraumático por cien según edad - Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	109
<b>Tabla 30.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	110
<b>Tabla 31.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según edad - Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	111
<b>Tabla 32.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	112

<b>Tabla 33.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	113
<b>Tabla 34.</b> Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	114
<b>Tabla 35.</b> Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según grupos de edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	115
<b>Tabla 36.</b> Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	129
<b>Tabla 37.</b> Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	130
<b>Tabla 38.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	131
<b>Tabla 39.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según edad. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	132
<b>Tabla 40.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	133
<b>Tabla 41.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según edad. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	134
<b>Tabla 42.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	135
<b>Tabla 43.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según edad. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	136
<b>Tabla 44.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de dependencia de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	137
<b>Tabla 45.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según edad. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	138
<b>Tabla 46.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de conducta por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	146

<b>Tabla 47.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno de conducta por cien según grupos de edad - Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	147
<b>Tabla 48.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno negativista desafiante por cien según sexo y razón hombre/mujer Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	147
<b>Tabla 49.</b> Indicadores de prevalencia para el trastorno negativista desafiante por cien según grupos de edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	148
<b>Tabla 50.</b> Indicadores de prevalencia para trastorno por déficit de atención por cien según sexo y razón hombre/mujer Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	149
<b>Tabla 51.</b> Indicadores de prevalencia para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad por cien según grupos de edad Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	150
<b>Tabla 52.</b> Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	150
<b>Tabla 53.</b> Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia por cien según grupos de edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta 2018.....	151
<b>Tabla 54.</b> Indicadores de prevalencia ideación suicida por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	166
<b>Tabla 55.</b> Indicadores de prevalencia de ideación suicida por cien según edad. Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	167
<b>Tabla 56.</b> Indicadores de prevalencia planeación suicida por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	167
<b>Tabla 57.</b> Indicadores de prevalencia de planeación suicida por cien según edad. Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	168
<b>Tabla 58.</b> Indicadores de prevalencia de intento de suicidio por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	169
<b>Tabla 59.</b> Indicadores de prevalencia de intento de suicidio por cien según edad. Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	170
<b>Tabla 60.</b> Indicadores de prevalencia de vida para uno o más trastornos psiquiátricos por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	173
<b>Tabla 61.</b> Indicadores de prevalencia de último año para uno o más trastornos psiquiátricos por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	174

<b>Tabla 62.</b> Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018 .....	175
<b>Tabla 63.</b> Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos del ánimo por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018 .....	176
<b>Tabla 64.</b> Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos del impulso o de inicio en la infancia, niñez y la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018 .....	177
<b>Tabla 65.</b> Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018 .....	178
<b>Tabla 66.</b> Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según grupos de adolescentes y adultos. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018 .....	178
<b>Tabla 67.</b> Indicadores de prevalencia en la vida para trastornos por uso de sustancias por cien según lugar de residencia. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018 .....	179
<b>Tabla 68.</b> Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según lugar de residencia. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018 .....	180
<b>Tabla 69.</b> Prevalencia de vida de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018 .....	181
<b>Tabla 70.</b> Prevalencia anual de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018 .....	182
<b>Tabla 71.</b> Prevalencia de vida de trastornos mentales por área de residencia. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018 .....	184
<b>Tabla 72.</b> Prevalencia anual de trastornos mentales por área de residencia. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018 .....	185
<b>Tabla 73.</b> Resultado de la aplicación del modelo predictivo de la estimación de casos para el año 2018 en el municipio de Sabaneta. ....	187
<b>Tabla 74.</b> Comparación de la Prevalencia anual de trastornos mentales para Medellín – Itagüí – Envigado – Sabaneta .....	188

## Lista de gráficos

<b>Gráfico 1.</b>	Distribución según sexo.....	42
<b>Gráfico 2.</b>	Distribución según grupo etario por edad y sexo.....	42
<b>Gráfico 3.</b>	Proporción de actividad laboral alguna vez en la vida, según grupo etario y sexo. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	43
<b>Gráfico 4.</b>	¿Quiénes fueron las figuras paternas durante la mayor parte de su niñez? Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	44
<b>Gráfico 5.</b>	Trabajo remunerado del padre en la niñez. Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	44
<b>Gráfico 6.</b>	Información sobre el padre. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	45
<b>Gráfico 7.</b>	Información sobre la madre. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	45
<b>Gráfico 8.</b>	Información sobre el inicio de relaciones sexuales, según sexo en el grupo de adolescentes. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	48
<b>Gráfico 9.</b>	Edad de inicio de relaciones sexuales en los adolescentes. Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	49
<b>Gráfico 10.</b>	Adolescentes que han tenido hijos. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	50
<b>Gráfico 11.</b>	Adolescentes: ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses? Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	50
<b>Gráfico 12.</b>	Adolescentes: ¿durante los últimos 12 meses, usted y su pareja sexual utilizaron preservativo (condón) al tener relaciones sexuales? Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	51
<b>Gráfico 13.</b>	Servicios profesionales utilizados en la vida. Estudio Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	53
<b>Gráfico 14.</b>	¿Ha utilizado en el último año terapias alternativas para el tratamiento de su salud mental? Estudio Salud Mental Sabaneta, 2018.....	53
<b>Gráfico 15.</b>	Percepción de salud mental. Estudio Salud Mental Sabaneta, 2018.....	54
<b>Gráfico 16.</b>	Prevalencia del trastorno depresivo mayor por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	65
<b>Gráfico 17.</b>	Indicadores de prevalencia para el trastorno distímico según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	66

<b>Gráfico 18.</b> Prevalencia de trastorno afectivo bipolar por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	68
<b>Gráfico 19.</b> Prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	70
<b>Gráfico 20.</b> Prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según área de residencia. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	71
<b>Gráfico 21.</b> Prevalencia de trastorno de pánico por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	99
<b>Gráfico 22.</b> Prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	101
<b>Gráfico 23.</b> Prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	103
<b>Gráfico 24.</b> Prevalencia para trastorno de fobia social por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	105
<b>Gráfico 25.</b> Prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	107
<b>Gráfico 26.</b> Prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	109
<b>Gráfico 27.</b> Prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	110
<b>Gráfico 28.</b> Prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018. ....	113
<b>Gráfico 29.</b> Prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	115
<b>Gráfico 30.</b> Prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según área de residencia. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	116
<b>Gráfico 31.</b> Prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	130
<b>Gráfico 32.</b> Prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según área de residencia. Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	131
<b>Gráfico 33.</b> Prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018. ....	132
<b>Gráfico 34.</b> Prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	134
<b>Gráfico 35.</b> Prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	136
<b>Gráfico 36.</b> Prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	137

<b>Gráfico 37.</b> Prevalencia para trastorno negativista desafiante por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018 .....	148
<b>Gráfico 38.</b> Prevalencia para trastorno por déficit de atención e hiperactividad por cien según sexo - Estudio de Salud Mental Sabaneta, 2018.....	149
<b>Gráfico 39.</b> Prevalencia para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia por cien según sexo - Estudio de Salud Mental-Sabaneta 2018 .....	151
<b>Gráfico 40.</b> Prevalencia para trastornos de la niñez, infancia y adolescencia por cien según área de residencia. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	152
<b>Gráfico 41.</b> Prevalencia de ideación suicida por cien según sexo. Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	167
<b>Gráfico 42.</b> Prevalencia de planeación suicida por cien según sexo. Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	168
<b>Gráfico 43.</b> Prevalencia de intento de suicidio por cien según sexo. Estudio de Salud Mental - Sabaneta, 2018.....	170
<b>Gráfico 44.</b> Prevalencia del intento de suicidio por cien según área de residencia. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.....	171

## Presentación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, igualmente, la Ley 1616 de 2013, del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, define la salud mental como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

En Colombia, la Política Nacional de Salud Mental, revela información epidemiológica en donde se establece una alta prevalencia de alteraciones de salud mental y un aumento progresivo como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos.

En esta multiplicidad de patologías y trastornos mentales podemos enumerar, entre otras, los trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, ansiedad generalizada, agorafobia, estrés postraumático, ansiedad por separación, fobia social, fobia específica), trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, bipolar I y bipolar II, trastornos afectivos), trastornos de inicio de la infancia, niñez y adolescencia (negativista desafiante, trastorno de conducta, déficit de atención e hiperactividad, trastornos impulsivos), trastornos por uso de sustancias (abuso de alcohol, dependencia de drogas, abuso de drogas, dependencia del tabaco, entre otras) y el comportamiento suicida

Dichos problemas del comportamiento y la salud mental de los individuos y las poblaciones, se configuran como un problema de salud pública por su magnitud, por su impacto en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que generan.

La sociedad actual plantea un panorama en el cual existe una exposición constante a la violencia urbana y rural, a condiciones de pobreza e inequidad, consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones, estrés, disfunción del núcleo familiar básico, entre otros, encontrando un escenario propicio para que nuestra población Sabaneteña sea más susceptible a un sin número de enfermedades y trastornos mentales que afectan la salud física y mental, la productividad, la calidad de vida y el futuro personal y familiar.

El municipio de Sabaneta, teniendo en cuenta que la salud mental es un tema de interés y prioridad nacional, y que además constituye un derecho fundamental, es un bien de interés público y es un componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, continúa en la búsqueda de mecanismos efectivos para el abordaje de la problemática en cumplimiento de la normatividad vigente, las acciones contempladas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Plan de Desarrollo de nuestra "Sabaneta de todos 2016 - 2019", formulando la política pública de salud mental aprobada por el Honorable Concejo Municipal mediante acuerdo 026 del 27 de diciembre de 2017, la cual por medio de 6 líneas de acción ha servido de marco general para la implementación de acciones que permitan impactar positivamente la salud mental de los habitantes de nuestro municipio.

Con base en lo anterior, se realizó por medio de contrato suscrito con la Universidad CES el estudio para la valoración y diagnóstico en salud mental, para el fortalecimiento institucional en salud en el municipio de Sabaneta, del cual presentamos por medio de esta publicación, el producto de siete meses de arduo trabajo, realizado por un grupo de profesionales calificados y especialistas comprometidos con la salud mental de nuestro municipio, el cual titulamos *“Estudio poblacional de salud mental. Sabaneta, 2018”*.

Este estudio constituye la línea de base e insumo para orientar el diseño e implementación de nuestros planes y programas de salud mental, aportando también elementos para la consulta por parte de estudiantes y profesionales que quieran profundizar en el tema y puedan proponer alternativas para que futuras administraciones planteen sus líneas de trabajo en atención, promoción y prevención, en pro de la salud pública del municipio de Sabaneta.

**Dr. Ruben Darío García Noreña**  
Secretario de Salud  
Municipio de Sabaneta



# 01

## **ESTADO DEL ARTE SOBRE SALUD MENTAL**

**JOSE BAREÑO SILVA**  
MD. Esp. Estadística  
MG. Epidemiología  
Grupo Salud Mental

# 01

## ESTADO DEL ARTE SOBRE SALUD MENTAL

José Bareño Silva

“Amarse a uno mismo es el comienzo de un romance de por vida”.

Oscar Wilde.

La vida es un fragmento justo de tiempo que nos ofrece la naturaleza para ser lo que verdaderamente somos, aunque al momento de nacer traemos un inmodificable equipaje genético, sufrimos transformaciones continuas que nos fortalecen y otras que nos apartan del camino, e indiscutiblemente terminamos siendo, lo que las interacciones con el medio, con la sociedad, con los cercanos y con uno mismo, lo que somos al final del tiempo; en otras palabras con la realidad, por eso, la vida es el tiempo de la oportunidad para ser felices, disfrutar lo que se nos presenta y desarrollarnos libremente en el medio en donde nos movemos, y esto se logra teniendo salud mental.

En el desarrollo individual de cada persona existe la interacción de varios dominios entre ellos el genético, el físico, el neurológico, el mental y el ambiental, que compiten para lograr el progreso de las capacidades, habilidades y actitudes sociales que permitan la integración con otros y con el medio, y de ello nace la expresión de bienestar. Sin embargo, entre ellos se comparten y se fusionan varios factores, los cuales influyen al sujeto sobre cómo afrontar las tensiones normales de la vida, en la participación en actividades productivas y provechosas y en la capacidad de compartir, sentir y contribuir para la felicidad propia y de su comunidad, pero la presencia de alteraciones genéticas, físicas y mentales o ausencia temporal o permanente de una de ellas no son el único factor para el logro de un pleno desarrollo y el alcance ideal del bienestar <sup>(1)</sup>.

La salud mental se ha definido como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, aunque en varias oportunidades se entiende y comprende que es insuficiente esta definición para abarcar lo que es salud mental <sup>(2)</sup>.

Sin embargo, a pesar de los intentos por definir la salud mental esta no es tarea fácil debido a que no es la suma de dos palabras, sino que es un concepto complejo dado que su expresión implica la interacción de múltiples factores y esto lo hace difícil de precisar. Es de tener en cuenta que, una persona puede estar en un estado de equilibrio consigo mismo, con otros y con su entorno socio cultural y que además, le permite participar laboral, intelectual y de relacionarse para lograr alcanzar un bienestar y una calidad de vida, pero puede a su vez estar afectado por alguna discapacidad física que le impide estar plenamente sano, al punto que lo mental puede alcanzar debido a esta dificultad dimensiones iguales o más complejas que el simple funcionamiento orgánico o fisiológico del individuo <sup>(3,4)</sup>.

La OMS (2008) estima que los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias aportan el 14 % de la carga mundial de morbilidad, dicha cifra está directamente relacionada con la salud mental y aquí observamos cómo es un concepto complejo debido a su interacción y a lo difícil de separar de otros dominios por lo que se han admitido múltiples definiciones y enfoques, lo cual ha contribuido a que se defina de múltiples formas por diversos autores según sus diferentes culturas. Las definiciones de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y fuerza emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la OMS establecen que no existe una definición oficial sobre lo que es salud mental y que cualquier definición estará siempre influenciada por diferencias culturales, suposiciones, disputas entre teorías profesionales y la forma en que las personas relacionan su entorno con la realidad, entre otras cuestiones <sup>(5)</sup>.

Para precisar mejor este aspecto sobre la definición de salud mental, se ha recurrido a definir lo que es enfermedad mental y hay acuerdo entre los teóricos en que "salud mental" y "enfermedad mental" no son dos conceptos simplemente opuestos, es decir, la ausencia de un desorden mental reconocido no indica necesariamente que se goce de salud mental y viceversa, sufrir un determinado trastorno mental no constituye siempre y necesariamente un impedimento para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

Dado que es la observación del comportamiento de una persona en su vida diaria, el principal modo de conocer el estado de salud mental en aspectos como el manejo de sus conflictos, temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, el sustento de sus propias necesidades, la forma en que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente, el concepto es necesariamente subjetivo y culturalmente determinado.

Estamos convencidos de que cualquier alteración, física u otro tipo, puede alterar transitoria o permanentemente la salud mental, sin embargo, nos vemos sometidos, comúnmente, a que los trastornos neurológicos, psiquiátricos y uso de sustancias son los únicos que afectan la salud mental, aunque también reconocemos que en algunas ocasiones los trastornos físicos son tan evidentes que la afectan, pero aún no tenemos claridad como la afecta, porque simplemente no podemos decir que la ausencia o la recuperación de ellos devuelve la salud mental.

De otra parte, los desórdenes mentales constituyen el 12 % aproximadamente del total de la carga global de las enfermedades. Se estima que para el 2020 habrá aproximadamente el 15 % de discapacidad ajustada a los años de vida perdidos por enfermedad. El informe de la OMS describe que el impacto de la enfermedad mental es mayor en adultos jóvenes, el sector más productivo de la población. Se dice que en las décadas siguientes, los países en vías de desarrollo observarán un incremento excesivo de la carga atribuida a los trastornos mentales y además estas personas se enfrentarán a la estigmatización y discriminación en todas las partes del mundo. Los costes económicos totales de los trastornos mentales es impactante, solo en los EE.UU, se estima que los costes directos de los tratamientos son anualmente de 148 billones de dólares, lo que equivale al 2.5 % del producto nacional bruto de este país <sup>(6)</sup>. Estos estudios se han incrementado debido al surgimiento de los nuevos instrumentos para medir utilidades, de igual manera sucede con la cultura no es estática sino también evoluciona, y las utilidades han cambiado y ahora son entendidas estas: como el grado de preferencia por alcanzar un estado de salud determinado <sup>(7-9)</sup>.

Otro componente que guarda relación con la presentación del trastorno mental son los factores psicológicos individuales, lo cual ha tenido en los últimos años un fuerte desarrollo y ha permitido encontrar hallazgos importantes para modificar nuestras concepciones actuales. Entre estos, podemos ver la trascendental importancia de la familia, la verdadera relación con los padres, los cuidados durante

la infancia y el desarrollo normal de las emociones, así como un correcto afrontamiento de los eventos adversos de la vida y otras situaciones que se pueden presentar que, aunque no son normales, generan grandes cambios en el individuo como son la pobreza, el desplazamiento de las poblaciones o la muerte. Dentro de lo psicológico pueden tenerse en cuenta algunos aspectos sociales que afectan el desarrollo normal de los individuos.

Además, para entender este fenómeno holístico, amerita analizarlo desde varios aspectos o dimensiones y entre ellos podemos encontrar algunos énfasis como son la salud mental del niño y el adolescente, el enfoque desde la salud pública, el enfoque de género, entre otros. Esta forma de analizar el problema lleva implícita la complejidad del mismo, la dificultad para encontrar respuestas y la manera de encontrar prevención frente a este problema. Cada uno de estos enfoques y los que no hemos descrito, tiene la diversidad en sus análisis y en sus orientaciones al punto que la solución o la forma de afrontarlo es diferente en cada faceta que el individuo lo vive. Casi que podemos decir que, así como se presenta el problema así de diferente es la presentación: es individual y multifacética y así será su forma de enfrentarlo <sup>(10)</sup>.

Otros de los aspectos que aborda la salud mental es el problema de uso de sustancias psicoactivas. Sobre este aspecto algunos consideran que los individuos que presentan trastornos mentales tienen más probabilidades de tener problemas con las drogas (uso, abuso o dependencia). Esto es en parte porque la utilización sobre todo más allá del abuso y los problemas de salud mental afectan las mismas áreas del cerebro, y aunque algunos presentan previamente un desorden mental previo, otros convierten este consumo en un problema de salud mental <sup>(11)</sup>.

Un aspecto fundamental de la salud mental es el que hace la sociedad o los decisores de las políticas para abordar este problema. Si la salud mental la enfocamos como un equilibrio entre todos sus dominios, teniendo en cuenta que, cuando hablamos de equilibrio no estamos refiriéndonos a una igual presentación de cada dominio si no a una justa interrelación entre todos los componentes de la salud mental, dado que varios aspectos vienen determinados por las posibilidades que ofrece el contexto y este, a su vez, por lo toma las decisiones que hace el individuo. Cada cultura tiene una forma de abordar y afrontar el problema y de determinar los caminos hacia una solución, aunque existan directrices globales por entes internacionales, el abordaje también debería ser personalizado <sup>(12)</sup>.

Otro enfoque es el que encontramos en el concepto de Salud Mental Positiva, el cual aparece en la literatura con el trabajo de Maria Jahoda en 1958 <sup>(13)</sup>, cuando recibe el encargo de la Joint Commission on Mental Illness and Health (Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y la Salud Mental) para preparar un informe sobre el estado de la salud mental mundial. Durante la primera década del siglo XXI se integran dos tradiciones en el estudio del bienestar y décadas después se reconoce la Salud Mental Positiva como un campo histórico, socialmente determinado y necesario para la promoción de la salud y direccionamiento de las políticas públicas en salud mental <sup>(14)</sup>.

El propósito de este enfoque salud mental positiva es estudiar la salud mental de forma integral, defendiendo la promoción de la salud mental por encima de la visión psicopatológica actual, y entendiendo la salud mental como un estado de funcionamiento óptimo del individuo, que permite promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo.

A pesar de las dificultades previamente encontradas, y de ser un concepto complejo y holístico, con demasiadas variantes y presentaciones, debemos abordarlo con las herramientas que poseemos y en tal caso enfocarnos en una dimensión de esta definición y este se reconoce como el concepto de enfermedad mental, trastorno

o desorden mental. Esto es debido a que los investigadores, los psiquiatras y los psicólogos han observado y definido algunos comportamientos que han permitido clasificar lo que es llamado como trastorno mental y sobre esto nos vamos a dirigir. Una forma de entender y comprender los eventos o fenómenos ha sido a través de la codificación, y los trastornos mentales han sido clasificados desde la antigüedad. Esta forma de generar conocimiento ha sido muy útil y es posible que permanezca esta influencia para que se siga utilizando esta clasificación, pero un intento por abarcar todas estas situaciones y estandarizarlas se viene realizando a través del manual DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que tiene un componente psiquiátrico fuerte y que se viene actualizando dado el nuevo conocimiento de las enfermedades, su última ajuste como herramienta de clasificación se conoció hace solo hace cinco años (2013) y se refiere a la versión DSM-5 <sup>(15)</sup>.

El manual DSM divide el componente mental en varios dominios que se constituyen como trastornos o desordenes según el estado que se esté analizando puede ser de ánimo, ansiedad por uso de sustancias, etc., y bajo esta perspectiva se han creado encuestas estandarizadas para determinar cuál es la condición de un individuo o de una población. Así es como en una iniciativa internacional la OMS lidera la encuesta o instrumento diagnóstico llamado el CIDI (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta), la cual se utiliza en población general y determina cuáles trastornos sufre la población, por lo que gracias a ello podemos determinar la incidencia, la prevalencia y si esta prevalencia es desde toda la vida, del último año o del último mes, a la vez, podemos de una muestra representativa determinar cuál es el impacto promedio numérico de los trastornos en los individuos <sup>(15)</sup>.

## Bibliografía

1. **Organización Mundial de Salud.** Informe sobre la salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001. [internet] Citado 2001. Disponible desde: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1) consultado julio 2018.
2. **OMS.** Salud mental: un estado de bienestar [INTERNET] Citado 2008. Disponible desde [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/), consultado julio 2018.
3. **OMS.** Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45A. Citado 2006. Disponible desde [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf) consultado julio 2018.
4. **Tobón F. A.,** La salud mental: una visión acerca de su atención integral. Rev. Fac. Nac. de Salud Pública, 2005; Vol. 23.
5. **OMS.** Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. citado 2008. Disponible desde [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1) consultado julio 2018.
6. **OMS.** El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Editores Médicos, s.a. EDIMSA. 2005. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Maqueta\\_OMS\\_Contexto\\_Ind.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Maqueta_OMS_Contexto_Ind.pdf). Consultado julio 2018
7. **García-Pérez L.** Revisión sistemática de utilidades relacionadas con la salud en España: el caso de la salud mental. Gac. Sanit. 2014;28(1):77-83.
8. **Romero C. Martínez P. Quevedo L. Ruiz M. Fernandez C. Calvo E.** Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad. Gac Sanit. 2013;27(1):40-4.
9. **Torres Y. Mejía R. Bareño J. Sierra G. Agudelo A, Salas C. et. Al.** Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012 The WHO World Mental Health Survey Consortium. Universidad CES-Universidad de Harvard The International Consortium Psychiatric Epidemiology (ICPE), y Secretaría de Salud de Medellín Grupo Salud Mental. L Vieco e Hijas Ltda. Impresión: Mayo de 2012. Disponible desde <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf> Consultado julio 2018.
10. **Bang, C.** Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Psicoperspectivas, 2014; 13(2), 109-120.
11. **Torres Y. Posada J. Bareño J. Berbesí D.** Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. Rev. Colomb. Psiquiat. 2010; Vol. 39, Suplemento. Pag.14S-35S.
12. **Henao S. Quintero S. Echeverri J. Hernandez J. Rivera E. Lopez S.** Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; Vol. 34 N.º 2.
13. **Jahoda M.** Current concepts of positive mental health. New York: Arno Press; 1980.
14. **Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D.** Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. Rev. Panam Salud Publica. 2016;39(3):166-73.
15. **Muñoz F, Jaramillo, L.** DSM-5: ¿Cambios significativos? Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015; 35(125), 111-121.



# 02

## **CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

**CAROLINA BUITRAGO SALAZAR**

Gerente de Sistemas de  
Información en Salud  
Mg. Epidemiología  
Grupo Salud Mental

**CAROLINA SALAS ZAPATA**

Gerente de Sistemas de  
Información en Salud  
Mg. Epidemiología  
Facultad de Medicina

## CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Carolina Buitrago Salazar // Carolina Salas Zapata

El presente capítulo se construyó a partir de la información suministrada por personal de la Secretaría de Salud de Sabaneta, correspondiente al Plan de Desarrollo “Sabaneta de Todos 2016-2019” y al Análisis de la Situación de Salud del Municipio realizado en el año 2016.

### Localización

Este municipio está ubicado al sur oriente del departamento de Antioquia y hace parte del Área Metropolitana del Valle de Aburrá; se encuentra a 14 Km. al sur de la ciudad de Medellín. Tiene vida jurídica independiente desde el 1° de enero de 1968, anteriormente era un corregimiento de Envigado (Antioquia) y es el municipio más pequeño de Colombia.

Cuenta con una superficie total de 15 km<sup>2</sup>, de los cuales 26.6 % (4Km<sup>2</sup>) corresponden a la zona urbana y 73,3 % (11km<sup>2</sup>) a la zona rural. Está comprendido por 31 barrios y 6 veredas: María Auxiliadora, Las Lomitas, La Doctora, San José, Cañaverales y Pan de Azúcar.

**Tabla 1.** Distribución del municipio de Sabaneta por extensión territorial y área de residencia, 2015

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Sabaneta	11 km <sup>2</sup>	73%	4 km <sup>2</sup>	27%	15 km <sup>2</sup>	100%

Fuente: DANE.

### Aspectos geográficos

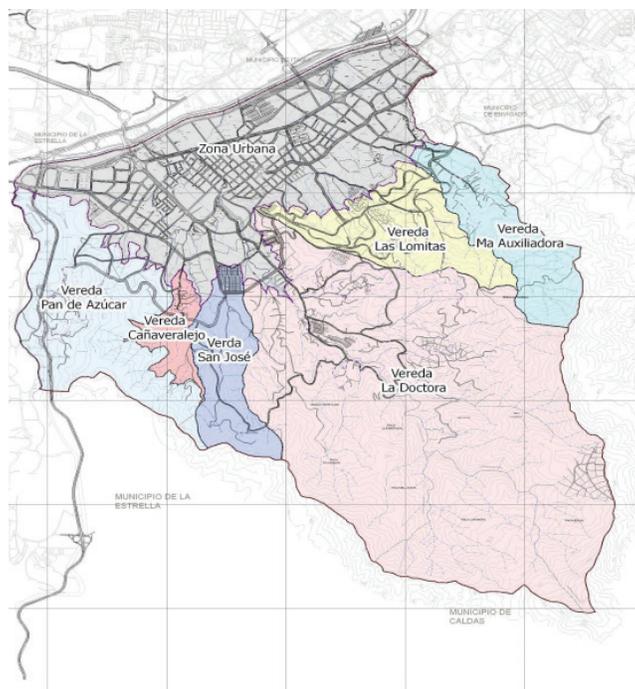
Sabaneta limita por el Norte y Oriente con el municipio de Envigado, por el Occidente con los municipios de Itagüí y La Estrella y, por el Sur con Caldas y La Estrella. Su territorio lo recorren las quebradas La Sabanetica, La Doctora, La Escuela, La Honda y La Cien Pesos. Así mismo, el río Medellín en su costado occidental. Su principal altura de montaña es el pico de Piedras Blancas, en la reserva ecológica de La Romera, con 2650 metros de altura.

Se une por carretera con los municipios de La Estrella, Itagüí, Envigado, Caldas y Medellín, mediante las avenidas Las Vegas, El Poblado, La Regional y la Variante de Caldas. También cuenta con buenas vías interveredales.

El municipio posee una malla vial definida, donde sobresalen las vías longitudinales de Norte a Sur. Las calles no son tan largas debido a las barreras que se presentan como lo son el Río Medellín y las pendientes al llegar a la cima de las montañas. La extensión del Sistema Vial Urbano es de 32.64 km, equivalente a un metro lineal de vía pública por habitante.

## Características físicas del territorio

La altitud del terreno de Sabaneta oscila entre 1550 y 2650 metros sobre el nivel del mar. El clima mantiene una temperatura promedio entre 21°C y 26°C, sin la presencia de estaciones. Las precipitaciones por lluvia son frecuentes alcanzando en el año, al sur del Valle de Aburrá, los 2700 milímetros aproximadamente, sin embargo, se debe hacer la aclaración de que esos niveles de precipitación varían ampliamente a través del territorio del valle, esto debido a las condiciones topográficas y orográficas. La humedad relativa media en el ambiente se ubica entre el 61 % y el 72 %.



Mapa 1. Municipio de Sabaneta.

**Fuente:** Plan territorial de salud, Sabaneta 2016-2019

## Demografía

### Población total

Para el año 2016 el municipio de Sabaneta contaba aproximadamente con 52554 habitantes según el DANE, de los cuales un 53 % correspondían a la población femenina y el 47 % restante a los hombres; con respecto al año 2005 el municipio ha tenido un incremento poblacional de 8111 habitantes, equivalente a un 15,4 %, lo que indica una gran expansión y proyección municipal.

### Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

La densidad poblacional por km<sup>2</sup> del municipio de Sabaneta es de 3504 respecto a la población DANE.

### Población por área de residencia urbano/rural

Según estadísticas del DANE, para el año 2016 se contaba con la siguiente distribución:

**Tabla 2.** Población por área de residencia. Sabaneta, 2016

Población Cabecera municipal		Población resto		Población total		Grado de urbanización
Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	79,82%
41.946	79,82%	10.608	20,18%	52.554	100%	

**Fuente:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística-Sistema Integral de Información de la Protección Social-Ministerio de Salud y Protección Social.

**Grado de urbanización:** el grado de urbanización hace referencia al porcentaje de la población que reside en áreas urbanas respecto a la población total, para el municipio de Sabaneta se tiene que este indicador es del 79,82 %.

### Población por grupos de edad y sexo

En el municipio no se presentan diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexo (49 % mujeres y 51 % hombres). Según grupos de edad la población de personas mayores (55 y más años) presenta un incremento porcentual con relación a los años anteriores, indicando una disminución en la natalidad para el año 2015 y una migración de hombres entre los 15 y los 44 años, comportamiento contrario en las mujeres quienes permanecen en el municipio hasta envejecer. Sin embargo, al parecer, los hombres retornan a partir de los 45 años. La población de primera infancia (0 - 5 años) e infancia (6 - 11 años) presentan una disminución porcentual en los últimos años.

La población adolescente (12 - 18 años) representa un porcentaje alto de participación dentro del total municipal, lo que evidencia el peso que tienen los adolescentes y jóvenes respecto al total municipal e implica una mayor implementación de planes, programas y proyectos para este rango de edad; los adultos (17 -59 años) serán la población más representativa en el año 2020.

Se denota el aumento de las poblaciones de 34 a 54 años, así como los mayores de 55 años. Esto indica una alta inmigración y el establecimiento de políticas para el adulto mayor. Se concluye que en 5 años se tendrá una población envejecida significativa. Para la población infantil se ve un decrecimiento poblacional partiendo de las tendencias estadísticas del DANE. Para todos los grupos de edad se nota un aumento en cada uno de los grupos de edad. Sin embargo, es representativo el aumento de la población entre los 27 y 59 años, que es la población productiva del municipio. Esta situación está relacionada con la disminución de muertes y la inmigración de población al municipio.

### Mortalidad

Se evidencia que el mayor número de muertes ocurridas en los habitantes de Sabaneta durante los últimos años, fueron por enfermedades del sistema circulatorio, seguidas por las demás causas. Para el año 2014 en el municipio de Sabaneta por cada cien mil habitantes morían 139 personas por enfermedades del sistema circulatorio.

La tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinfligidas intencionalmente fue de 3.7 defunciones por cada cien mil habitantes para el año 2014 y la tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento fue de 1.5 para ese mismo año.

Los homicidios se redujeron de 21 muertes por cada cien mil habitantes en el 2012 a 10 muertes por cada cien mil habitantes en el año 2014, obteniendo con

este resultado un riesgo de morir por esta causa en el municipio significativamente menor que el riesgo medido a nivel departamental.

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de la mayor parte de las muertes en Sabaneta, siendo esta la principal prioridad.

Las causas externas se han convertido en un gran reto para el municipio. No sólo porque se deben aumentar los recursos para invertir en programas de salud mental, sino porque se deben fortalecer las acciones intersectoriales para la prevención de muertes por estas causas.

En el municipio de Sabaneta, se puede concluir que sus mayores retos están relacionados con ejecutar acciones para prevenir y evitar las enfermedades crónicas y degenerativas. Entre las principales se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias. Estos retos implican acciones dirigidas al cambio de comportamientos sociales y al fortalecimiento de las políticas municipales para información y educación en estilos de vida saludable.

Aunque se presentan leves cambios de la mortalidad entre los hombres y las mujeres, las causas externas son donde más se presentan años de vida perdidos. Estas causas están afectadas por las maneras en que la población se comporta y se relacionan con el entorno. El desarrollo del municipio, al parecer, trae consigo nuevos retos en la salud mental de la población.

## Morbilidad

Para los grupos de edad de infancia, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores, la principal causa de morbilidad fueron las enfermedades no transmisibles presentándose un incremento entre los años 2014 y 2015 para todos los grupos de edad, destacándose el grupo de los adolescentes.

Para el grupo de edad de personas mayores de 60 años, se evidencia que las enfermedades no transmisibles vienen en aumento desde el año 2009, con lo cual se concluye que para este grupo de edad se presenta un alto porcentaje de sedentarismo.

En el municipio de Sabaneta, cada vez más se evidencia el peso de las enfermedades crónicas, relacionada con formas de vida sedentaria de la población. Sin embargo, todavía se presentan eventos infecciosos en sectores del territorio. Esta situación implica la adopción de modelos integrales para la disminución de riesgos para la población y demanda la asistencia de las diferentes instituciones y sectores respecto a las intervenciones.

Para cada ciclo vital de los habitantes de Sabaneta se deben propiciar condiciones para el acceso a los servicios de protección específica y detección temprana. Esto permitiría disminuir los principales eventos que las afectan. La primera infancia y la infancia, es donde más se presentan causas por condiciones maternas perinatales, así como aquellas relacionadas con condiciones transmisibles y nutricionales.

La adolescencia, la juventud y la adultez, presentan altos índices de afectación por enfermedades no transmisibles. Por lo tanto, el municipio de Sabaneta, aunque tiene alta calidad de vida, presenta similares indicadores al territorio nacional, respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Con respecto a la priorización en salud se evidencian indicadores superiores al promedio departamental como la tuberculosis pulmonar, la prevalencia de hipertensión arterial y las infecciones respiratorias en la primera infancia, por lo que se deben intensificar acciones para mejorar la salud pública de los habitantes del municipio.

## **Convivencia Social y Salud Mental**

En el municipio de Sabaneta se ha generado un crecimiento acelerado (14 %) de la población en los últimos años, hecho que ha provocado dificultades de convivencia entre la comunidad, desencadenando reacciones que alteran la salud mental de dicha población. En el año 2014 se realizaron 2800 visitas puerta a puerta en diferentes sectores del municipio, evidenciándose que un 18 % de la población presentó riesgo de depresión en el área urbana, y que el 16 % tenía consumo de sustancias psicoactivas, presentando mayor consumo en las veredas María Auxiliadora, San Isidro y Pan de Azúcar. Actualmente las solicitudes se han incrementado con relación a dichas problemáticas contando con recursos insuficientes para atender debidamente las necesidades de la comunidad Sabaneteña.

Por todo lo anterior, dentro de las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública se ha priorizado la población con riesgo de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones, teniendo como insumo fundamental el estudio poblacional de salud mental Sabaneta, 2018.



# 03

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

**GLORIA MARÍA SIERRA HINCAPIÉ**

Gerente de Sistemas de  
Información en Salud  
Mg. Epidemiología  
Grupo Salud Mental

**JOSE BAREÑO SILVA**

MD. Esp. Estadística  
MG. Epidemiología  
Grupo Salud Mental

Gloria Sierra Hincapié // Jose Bareño Silva

### **Aspectos introductorios**

Mediante convenio de prestación de servicios celebrado con la Secretaría de Salud del Municipio de Sabaneta, se realizó el estudio de salud mental en la población mayor de 14 años, mediante la aplicación de la metodología del Estudio Mundial de Salud, World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI).

Con base en los objetivos propuestos a partir de la aplicación del CIDI-OMS, se estimó la prevalencia de vida de los principales trastornos psiquiátricos según las variables de sexo, edad y zona de residencia (urbana/rural), en los últimos 12 meses y en un período más reciente (últimos 30 días).

Se utilizó la metodología de los estudios de prevalencia y se tuvo como base una muestra de 608 personas seleccionadas mediante diseño probabilístico, multietápico a partir del marco muestral de la población general no institucionalizada, con hogar fijo. Se aplicó el instrumento CIDI-CAPI de la OMS (Composite International Diagnostic Interview), entrevista diagnóstica altamente estructurada que fue instalada en los computadores portátiles del equipo de encuestadores y se aplicó cara a cara por entrevistadores legos previamente capacitados y estandarizados. Este instrumento incluye 23 diagnósticos psiquiátricos, otras escalas del campo psicosocial y variables sociodemográficas.

Para el procesamiento se utilizó la base de datos generada previo control de inconsistencias llevado a cabo por el grupo de investigadores de la universidad CES. Luego se aplicó el plan de análisis para cumplir con los objetivos previstos, mediante la aplicación de los algoritmos diagnósticos para la estimación de las prevalencias de los trastornos psiquiátricos y los cruces con las variables propuestas.

El estudio, en sus aspectos metodológicos (diseño, recolección, procesamiento y análisis de la información e informe final), estuvo a cargo del Grupo de Investigación de Salud Mental de la Universidad CES, clasificado por Colciencias en escalafón A1.

El estudio permite contar con el diagnóstico de la situación de salud mental de los residentes del municipio de Sabaneta y de los aspectos relacionados con situaciones del ambiente general, familiar, de equidad y su relación con las necesidades específicas, indispensables como base para la formulación de políticas municipales de salud mental, la implementación de programas de prevención basados en la evidencia generada en la propia realidad, la orientación de las intervenciones y sentar las bases para su evaluación. Además, contribuye al fortalecimiento de la comunidad científica y a la apropiación social del conocimiento.

### **Metodología**

La metodología del estudio comparte la aplicada en el Estudio Nacional de Salud Mental 2003 y en los estudios en población general de Medellín 2011- 2012, Itagüí 2012 y Envigado 2017, los cuales aplican el método de la iniciativa internacional

liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH-CIDI). Esta iniciativa tiene como propósito evaluar el estado de los trastornos mentales y las patologías sociales en países con diferentes grados de desarrollo, así como determinar las necesidades en materia de asistencia médica y orientar las políticas de salud. El WMH-CIDI incluye un módulo de cribado y 40 secciones que se centran en diagnósticos (22), funcionamiento (cuatro), tratamiento (dos), factores de riesgo (cuatro), correlaciones sociodemográficas (siete) y dos secciones sobre aspectos metodológicos.

Las investigaciones realizadas con esta metodología, se han llevado a cabo en más de 30 países alrededor del mundo con el propósito de generar información actualizada, válida y confiable que permita la comparación transcultural de los resultados. Para ello utiliza el instrumento de diagnóstico CIDI-OMS, que ha sido validado mediante diversas pruebas, incluyendo un cuidadoso examen de su traducción y adaptación al español, complementado con los estudios aplicados en otros países para su validación.

Desde las estrategias de la epidemiología, se define como un estudio poblacional de prevalencia que permite estimar, como principales indicadores de resultado, la frecuencia para los trastornos mentales estudiados mediante la estimación de las proporciones de prevalencia de vida, prevalencia para los últimos 12 meses y prevalencia reciente de los trastornos mentales según los criterios del DSM-IV.

## Población y muestra

La muestra se diseñó con el propósito de generalizar los resultados del estudio a la población civil no institucionalizada de Sabaneta, con vivienda estable y en edades entre 15 y 65 años. Para lograrlo se aplicó el diseño probabilístico, multietápico. La población de estudio estuvo constituida por la población civil, no institucionalizada, de 15 años y más, residente en el Municipio de Sabaneta, en sus áreas urbana y rural, que, según proyecciones del DANE, para el año 2018, es de 43 764 personas.

El tamaño de la muestra para el estudio se calculó con base en la fórmula para la estimación de una proporción poblacional, para lo cual se utilizó un nivel de confianza del 95 %, una precisión del 5 % y una prevalencia estimada de 15,7 % (prevalencia esperada para cualquier trastorno mental en el último año, según resultados del Primer Estudio de Salud Mental - Medellín 2011 - 2012).

El tamaño de la muestra se estimó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

Donde,

N: Población desconocido (debido a que se realizó para cada sector del área urbana y un conglomerado para el área rural)

z: Valor Z (Correspondiente a un nivel de confianza) 95 %

d: Precisión absoluta 5 %

p: Proporción esperada en la población 15,7 %

Diseño del efecto 1,5

Tamaño total de la muestra 608 personas

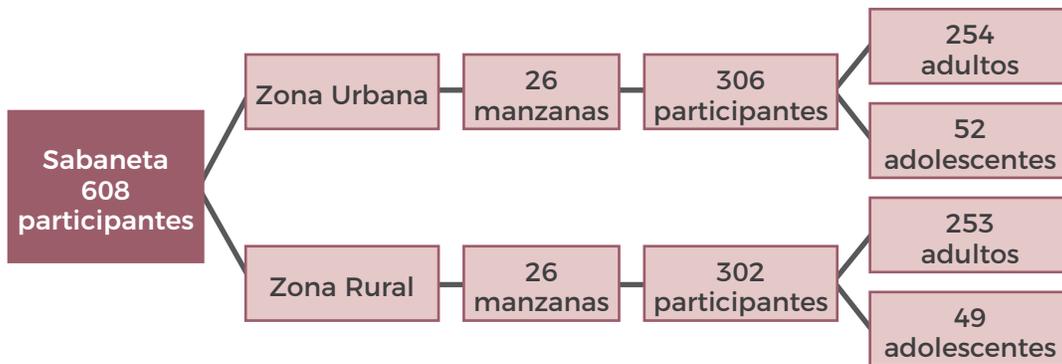
- El tamaño de muestra para el área urbana fue de 306 personas y para el área rural de 302 personas.
- El tamaño total de la muestra fue de  $306 + 302 = 608$  personas.

El diseño seleccionado fue probabilístico, multietápico, cuya población objetivo fue la población general no institucionalizada, que tiene hogar fijo. Para el caso de los adolescentes se consideró el grupo de los 15 a los 18 años y para la población adulta la comprendida entre los 19 y los 65 años, seleccionados a partir del marco muestral que incluía la totalidad de viviendas en el área urbana y rural del municipio.

En la terminología del muestreo, los barrios (área urbana) y veredas (área rural) fueron las Unidades Primarias de Muestreo (UPM) y las manzanas o conglomerados las Unidades Secundarias (USM).

En cada manzana o conglomerado se seleccionó un promedio de 10 hogares, cantidad denominada “medida de tamaño” (MT), la cual puede tener un rango entre 7 y 21 hogares. A su vez, en cada hogar se seleccionó aleatoriamente para la entrevista uno de los adultos de 19 y más años, y cada tres hogares en promedio uno de los adolescentes de 15 a 18 años.

La composición de la muestra fue proporcional a la composición del universo desde el punto de vista geográfico y socioeconómico; por tal razón, el diseño es con probabilidad de selección igual hasta el nivel de hogar.



**Esquema 1.** Distribución de las personas seleccionadas en el estudio

**Fuente:** Elaboración propia

## Ubicación y selección de la muestra

Para la ubicación y selección de la muestra se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Formato de listado de vivienda.
- Formato para el censo del hogar.
- Formato con números aleatorios para la selección de las personas (adulto y adolescente).

## Recolección de la información

### Preparación de la comunidad

Dada la importancia de esta etapa para lograr comunicar los objetivos y la finalidad de la investigación, como medio para motivar la aceptación y participación de las personas seleccionadas en la muestra, se utilizó como parte de la estrategia

Llevar a cabo una serie de reuniones de coordinación interinstitucional, entre los equipos de la Secretaría de Salud de Sabaneta y la Universidad CES, para proponer el plan de acercamiento y preparación de la comunidad para la etapa de recolección mediante algunos mecanismos de difusión tales como la utilización de:

### Medios masivos de comunicación

- Sensibilización a la comunidad.
- Canales regionales de TV.
- Medios institucionales.
- Volantes y afiches.
- Video promocional por parte del Dr. Rubén Darío García Noreña y publicación del mismo en las redes sociales del municipio.
- Solicitud de ingreso a las unidades residenciales.
- Apoyo en la difusión de la investigación por parte de la Secretaría de salud con su equipo de trabajo.

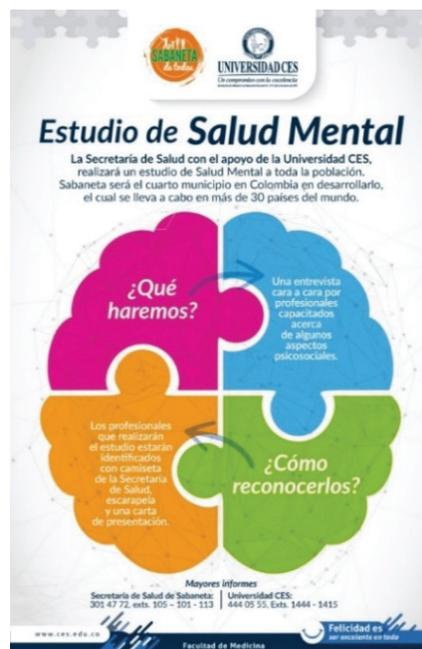
### Formas directas

- Carta de solicitud de ingreso a las unidades residenciales.
- Apoyo en la difusión de la investigación por parte de la secretaría de salud con su equipo de trabajo.

### Sensibilización a la comunidad

Mediante 1000 volantes y 100 afiches que incluyen la información sobre el Estudio de Salud Mental, se les informó a las personas seleccionadas acerca de la importancia y el proceso de su participación, también se brindó asesoría por parte de la Secretaría de Salud de Sabaneta y la Universidad CES a través de las líneas telefónicas para responder cualquier inquietud.

### Volantes y afiches dirigidos a la comunidad



## Solicitud de ingreso a las unidades residenciales



Medellín, 25 de febrero de 2018

Señor(a)  
XXXXXXXXXX  
Unidad Residencial  
XXXXXXXXXX

Cordial saludo,

El Municipio de Sabaneta y El Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la Universidad CES, preocupados por el estado de la salud mental de todos los habitantes del municipio, y conscientes de la importancia de esta información para la formulación de políticas de salud acordes con nuestra realidad, hemos decidido llevar a cabo esta importante investigación que permitirá conocer el panorama actual de la salud mental y los trastornos mentales en esta población, con el fin de establecer lineamientos para su manejo e intervención.

Este estudio se está realizando en una muestra representativa de cada una de las zonas, mediante un muestreo aleatorio (al azar) de los residentes de las mismas, y dentro de dicha muestra fueron seleccionados los residentes de la unidad residencial XXXXXXXXX. El equipo de trabajo de campo realizará a ellos una encuesta sobre aspectos relacionados con la salud mental.

Comedidamente solicitamos a usted como administrador(a) de la mencionada unidad residencial, su colaboración para que nuestros encuestadores puedan establecer contacto con las familias.

Conocemos perfectamente las ocupaciones y el poco tiempo con el que cuentan las personas, la idea es que el personal pueda estar en la unidad residencial el día XXXXXXXX y de esta manera poder obtener la información.

Es de anotar que los encuestadores están identificados con camisetas de la Alcaldía de Sabaneta, escarapela y carta firmada por la Universidad CES y la Secretaría de salud.

Finalmente para aclarar dudas y verificar la autenticidad de esta información puede comunicarse a los siguientes números telefónicos: 301 47 72 extensiones 105-101-113 de La Secretaría de Salud de Sabaneta ó 444 05 55 ext. 1444 - 1467 - 1415 de la Universidad CES.

Por la atención que se sirva dar a esta solicitud le estamos altamente agradecidos.

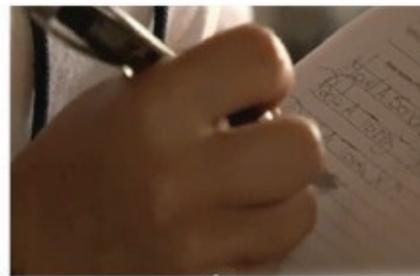
Atentamente,

  
YOLANDA TORRES DE GALVIS  
Investigador Principal  
Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental  
Universidad CES

## Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en dos etapas:

**Etapas 1:** visita inicial por parte de la persona encargada del reconocimiento de la zona y la sensibilización, dando a conocer el estudio y tomando la información de las personas residentes en cada una de las viviendas como base para seleccionar la persona a entrevistar.



**Fuente:** Grupo de investigación en salud mental

**Etapas 2:** A partir de la información sobre las personas residentes en cada una de las viviendas, se procedió a seleccionar la unidad final (persona a entrevistar) y se generó la lista con nombre, sexo, edad, dirección, teléfono y código de la persona seleccionada y se les entregó a los entrevistadores para concertar la cita y hacer la entrevista.



**Fuente:** Grupo de investigación en salud mental

## Instrumento de recolección

En las últimas décadas, en el campo de la epidemiología psiquiátrica y la investigación poblacional sobre salud mental, se han generado numerosos instrumentos para las entrevistas que han ayudado a estandarizar la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales y la estimación de su prevalencia tanto en población general como en grupos específicos.

Como ya se informó, el presente estudio, como parte del Estudio Mundial sobre Salud Mental (WMH), aplicó el instrumento CIDI-OMS, (Composite International Diagnostic Interview), desarrollado por un importante grupo de expertos liderado por la OMS, con base en el DIS (Diagnostic Interview Schedule). Su primera versión viene siendo actualizada hasta llegar a la presente y ha sido objeto de varios estudios para evaluar su validez. Es una entrevista altamente estructurada, diseñada para ser aplicada por entrevistadores legos debidamente capacitados. Esta entrevista genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del DSM-IV y de la CIE-10. Para el presente estudio se utilizó la versión CIDI-Medellín, que es la más actualizada y se adapta culturalmente a la población estudiada.

Por su facilidad, se seleccionó para la aplicación la versión CIDI-CAPI (a cambio de la versión a papel y lápiz), la cual emplea un software instalado en minicomputador, disminuyendo de esta forma el tiempo para la digitación de la información, así como las inconsistencias y errores inherentes a la etapa de transcripción de la información a la base de datos. Igualmente, el programa utiliza los árboles de decisión con base en la aplicación de algoritmos, lo que ayuda a mejorar la calidad de la entrevista al facilitar la correcta aplicación por el entrevistador.

Finalmente, se aplicaron las siguientes escalas de trastornos psiquiátricos y las escalas adicionales sobre factores de riesgo y protección:

- I. Trastornos de ansiedad
  - Pánico
  - Ansiedad generalizada
  - Agorafobia
  - Estrés postraumático
  - Ansiedad por separación
  - Trastorno obsesivo compulsivo

- Fobia social
- Fobia específica
- II.** Trastornos del estado del ánimo
  - Depresión mayor
  - Distimia
  - Bipolar I
  - Bipolar II
- III.** Trastornos de inicio de la infancia, niñez o adolescencia
  - Negativista desafiante
  - Trastorno de conducta
  - Déficit de atención e hiperactividad
- IV.** Trastornos por uso de sustancias
  - Abuso de alcohol
  - Dependencia de alcohol
  - Dependencia de drogas
  - Abuso de drogas
- V.** Trastornos de la alimentación
  - Bulimia
  - Anorexia

#### **Otras escalas**

- Sección tamizaje
- Utilización de servicios
- Suicidio, condiciones crónicas
- Resiliencia
- Eventos vitales
- Funcionamiento en los 30 días previos
- Pareja
- Red de apoyo, situación laboral

## **Aplicación del instrumento**

### **La entrevista se aplica en dos partes:**

**Parte I:** se aplica en una primera etapa al total de las personas seleccionadas en la muestra, se considera como la sección de tamización, y en el caso de que las preguntas de esta sección sean positivas para la posible presencia del trastorno mental, se pasa a la parte II. En caso de que estas respuestas sean negativas en la parte I, una proporción también llega a la parte II por selección aleatoria realizada automáticamente por el programa instalado en el computador.

**Parte II:** se aplica a todos los “casos” en los cuales, en las respuestas de la parte I, llenen los criterios para cualquiera de los trastornos mentales incluidos. El total

pasa a la parte II y se consideran como “casos”. Del total de los entrevistados que no cumplen este criterio considerados “no casos” se saca una sub-muestra con una probabilidad de incluir como mínimo el 25 %. Esta fracción de muestreo puede retener finalmente entre el 33 % y el 67 % de la muestra inicial. Esta sub-muestra de casos y controles representa una razón alta de controles por caso, lo cual metodológicamente asegura que se retiene el poder estadístico de la muestra completa para posibles análisis en que se apliquen pruebas de hipótesis.

El tiempo de duración promedio en el estudio fue de dos horas para la entrevista completa, lo cual en algunos casos requirió la aplicación en dos sesiones para evitar errores debidos al cansancio. El tiempo está relacionado con la frecuencia de trastornos que presentaba el entrevistado.

## Entrevistadores

A partir del proceso de capacitación de los entrevistadores seleccionados, se hizo la asignación de las coordinadoras del trabajo de campo. La selección del equipo de entrevistadores se llevó a cabo de acuerdo con criterios específicos del grupo de investigación, con perfiles de profesionales del área social, con experiencia en aplicación de encuestas, trabajo de campo y conocimiento del municipio. Como condición debían ser legos en la materia dado que se considera que la aplicación de la entrevista por parte de entrevistadores clínicos u otro personal del campo de la salud mental, puede introducir sesgos en el proceso de recolección. Mediante el estudio de las hojas de vida, el resultado de las entrevistas y de la capacitación en el CIDI, quedaron seleccionados 12 entrevistadores.

## Control de errores y sesgos

El protocolo de control de calidad incluyó el monitoreo semanal de cada entrevistador con relación al tiempo total de duración de cada entrevista mediante la aplicación del programa computarizado que hace parte del CIDI-CAPI, y el control mediante llamadas a una sub-muestra aleatoria de entrevistados a los cuales se aplicó nuevamente un grupo de preguntas del CIDI, para evaluar concordancia.

En esta forma, el primer control para asegurar la calidad de la base de datos se llevó a cabo mediante las dos técnicas:

1. Control de calidad que determina la duración de los tiempos de entrevistas por cada entrevistador de acuerdo con el tipo de entrevista.
2. Control telefónico al 10 % de las entrevistas.

## Base de datos final

Se entiende por “Base de datos final”, aquella que es sometida a los controles de calidad y la cual se considera apta para la aplicación de los algoritmos del CIDI y los factores finales de expansión. El procesamiento se llevó a cabo mediante la aplicación del programa SAS versión 9.0 y SPSS versión 18.0.

- **Probabilidades de los entrevistados: factores de corrección y factores de expansión**

Debido a la complejidad del diseño muestral, así como al manejo multietápico de la recolección de la información, para la estimación de los resultados del estudio los datos muestrales fueron ponderados por los factores de expansión, ajustados por edad simple, sexo y zona de residencia. Esto se elaboró según el

modelo propuesto por The WHO World Mental Health Survey Consortium. Los factores de corrección y los factores finales de expansión se aplicaron a la base de datos.

Lo anterior permitió la estimación de los resultados del estudio con base en los datos muestrales ponderados por el recíproco de dichas probabilidades finales de selección (Factor Básico de Expansión), ajustado por lugar de residencia, el cual evalúa en forma indirecta el estrato social y por estructura de edad y sexo. El factor básico de expansión no sólo corrige el posible sesgo originado por las probabilidades desiguales finales, sino que expande los valores de la muestra al universo de estudio, tanto en cifras absolutas como relativas. Este ajuste controla el sesgo generado por las tasas de respuesta variables por las UPM, edad y sexo, puesto que se esperan prevalencias de trastornos mentales distintas en función de estas variables independientes.

El ajuste de estructura de la muestra encuestada por edad, sexo y lugar de residencia (indicador de estrato socioeconómico), respecto a la estructura observada en las personas listadas (aptas para selección) en los hogares seleccionados, se llevó a cabo en relación con la estructura más cercana a la real, obtenida de las proyecciones de población 2005 - 2020 del DANE para Sabaneta.

- **Procesamiento y análisis de la información**

Esta etapa estuvo a cargo del Grupo de Investigación en Salud Mental de la Facultad de Medicina de Universidad CES, el cual cuenta con un equipo de profesionales de psicología, epidemiología psiquiátrica y estadística con muy larga y reconocida experiencia. Este grupo ha tenido a su cargo el manejo de la base de datos del Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes de 2003 y de los estudios en población general de Medellín, Itagüí y Envigado; además, se dispone de profesionales con formación en sistemas de información en salud y con experiencia en manejo de información generada en este tipo de estudios.

El procesamiento de la información se llevó a cabo mediante la aplicación criterios diagnósticos a la base de datos generada en el estudio. Este procesamiento se realizó con la utilización de los programas SAS versión 9.0 y SPSS versión 18.0.

A partir de las bases de datos finales, se llevó a cabo la primera etapa del procesamiento estadístico de los datos que se realizó de la siguiente manera:

Análisis univariado aplicado a todas las variables que constituye los datos sometidas a los factores de corrección y expansión. En esta etapa se logró la estimación de las proporciones de prevalencia anual y de vida para los trastornos estudiados.

Para guardar concordancia con los estudios del The WHO World Mental Health Survey, se priorizó la obtención y cálculo de las proporciones de prevalencia de los trastornos mentales estudiados, mediante la aplicación de los criterios del DSM -IV.

Posteriormente se realizó el análisis bivariado considerando como ejes del análisis para el estudio el sexo, la edad y la zona de residencia. De esta forma se obtuvo la estimación de las proporciones de prevalencia para los últimos 30 días, prevalencia anual y prevalencia de vida y el cálculo de los intervalos de confianza (IC 95 %) para cada una de las medidas de prevalencia.

La interpretación de los resultados y la elaboración del informe final estuvieron a cargo de los subgrupos de investigadores que participaron directamente en el estudio.



# 04

## CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

### **CAROLINA SALAS ZAPATA**

Gerente de Sistemas de Información en Salud  
Mg. Epidemiología  
Facultad de Medicina

### **CAROLINA BUITRAGO SALAZAR**

Gerente de Sistemas de Información en Salud  
Mg. Epidemiología  
Grupo Salud Mental

### **GLORIA MARÍA SIERRA HINCAPIÉ**

Gerente de Sistemas de Información en Salud  
Mg. Epidemiología  
Grupo Salud Mental

Carolina Salas Zapata // Carolina Buitrago Salazar // Gloria María Sierra

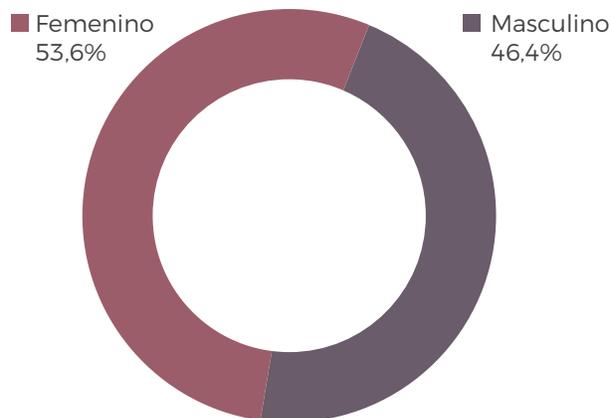
## Características sociodemográficas

Aproximadamente la mitad de la población de estudio correspondió a mujeres (53,6 %). Respecto a la participación por grupos de edad, el 16,6 % eran adolescentes y el 83,4 % adultos. El grupo con mayor participación fue el de 45 a 65 años, seguido por el de 30 a 44 años. La proporción de hombres y mujeres fue similar en todos los grupos de edad, excepto en el de 45 a 65 años, el cual presentó diferencias mayores. El nivel de escolaridad más frecuente fue el de secundaria. Además, se encontró que 16 de cada 100 personas tenían estudios de pre o posgrado (tabla 3 y 4).

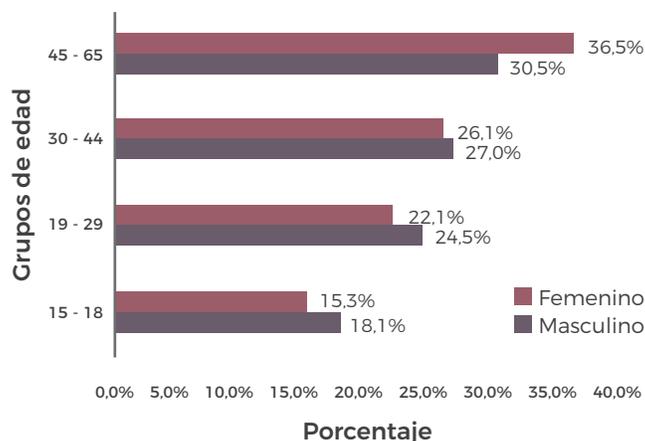
En relación con el campo laboral, a nivel global se encontró un porcentaje de ocupación mayor en hombres, observando que 8 de cada 10 personas del sexo masculino y 7 de cada 10 mujeres habían laborado alguna vez en la vida (figuras 1-3).

**Tabla 3.** Distribución según edad y sexo. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
15 - 18	51	18,1%	50	15,3%	101	16,6%
19 - 29	69	24,5%	72	22,1%	141	23,2%
30 - 44	76	27,0%	85	26,1%	161	26,5%
45 - 65	86	30,5%	119	36,5%	205	33,7%
<b>Total</b>	<b>282</b>	<b>100,0%</b>	<b>326</b>	<b>100,0%</b>	<b>608</b>	<b>100,0%</b>



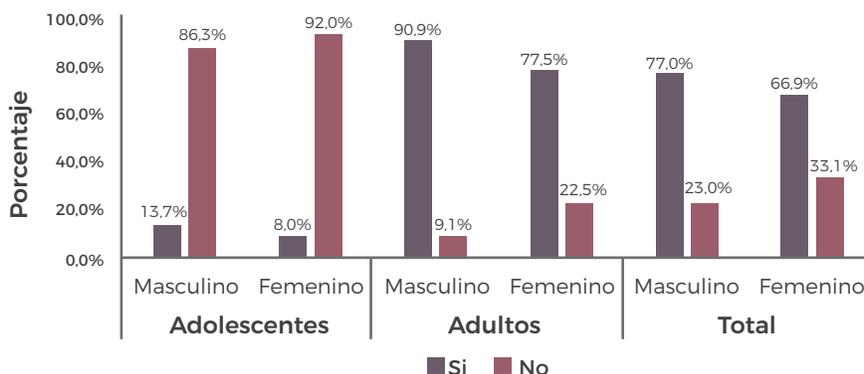
**Figura 1.** Distribución según sexo. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018



**Figura 2.** Distribución según grupo etario por edad y sexo. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

**Tabla 4.** Distribución según nivel de escolaridad. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Nivel de escolaridad	Masculino	Femenino	Total
Ninguno	1,4%	1,8%	1,6%
Primaria	10,3%	16,0%	13,3%
Secundaria	55,7%	43,6%	49,2%
Técnica - Tecnológica	16,0%	22,7%	19,6%
Universitaria	13,5%	11,7%	12,5%
Posgrado	3,2%	4,3%	3,8%



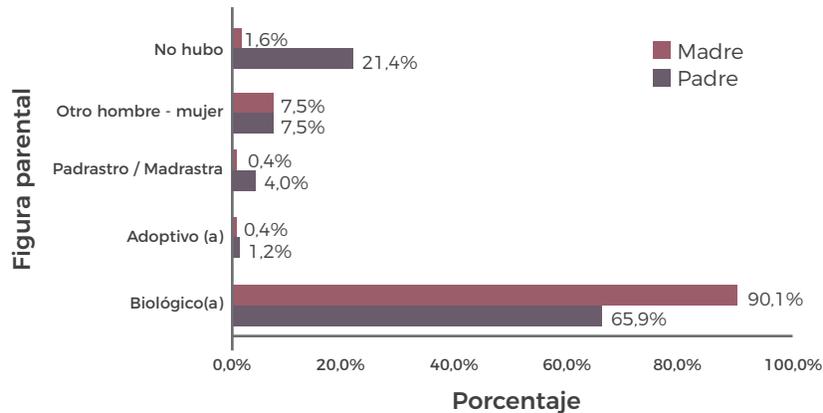
**Figura 3.** Proporción de actividad laboral alguna vez en la vida, según grupo etario y sexo. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

### Acompañamiento parental en la niñez

Al indagar sobre la figura parental en la niñez de las personas encuestadas, se encontró que para la mayoría fue un padre o madre biológica, quien los acompañó la mayor parte de esta etapa de la vida, observando que 1 de cada 5 personas afirmaron que no hubo figura paterna en su niñez (figuras 4-7).

En cuanto a la condición económica del padre, 94 de cada 100 personas reportaron que éste recibía ingresos económicos por su trabajo.

El 56,0 % de los participantes informó tener en el momento del estudio el padre vivo y el 76,2 % tener la madre en esta misma condición.



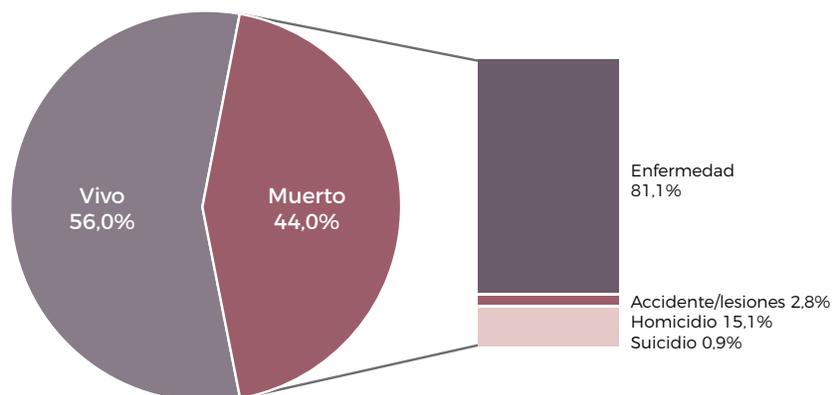
**Figura 4.** ¿Quiénes fueron las figuras paternas durante la mayor parte de su niñez? Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

### Trabajo remunerado del padre en la niñez

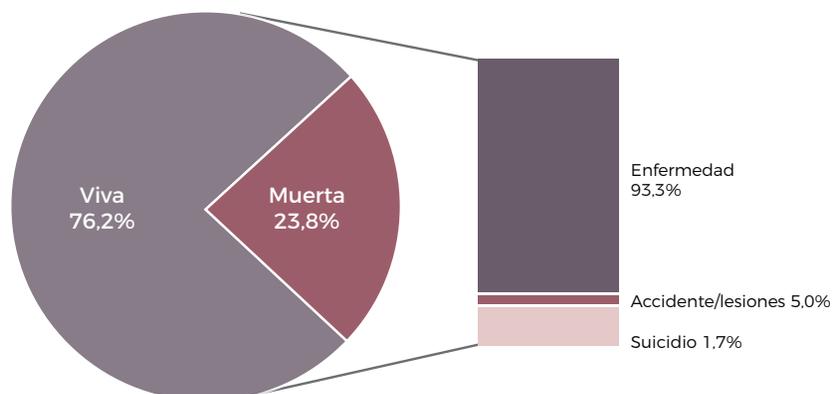


**Figura 5.** Trabajo remunerado del padre en la niñez. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

### Otra información sobre los padres



**Figura 6.** Información sobre el padre. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018



**Figura 7.** Información sobre la madre. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

## Indicadores de situaciones de maltrato en la niñez

Se encontró mayor reporte de maltrato en la niñez por parte de las mujeres del estudio respecto a los hombres. En general, las situaciones de maltrato más frecuentes estuvieron relacionadas con la realización de tareas que eran demasiado difíciles o peligrosas para la edad y dejar al niño sólo o sin supervisión, cuando era demasiado pequeño (tabla 5).

**Tabla 5.** Indicadores de maltrato en la niñez. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

		Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
¿Con qué frecuencia lo (la) ponían a hacer tareas que eran demasiado difíciles o peligrosas para alguien de su edad?	Masculino	0,0%	1,9%	5,7%	92,5%
	Femenino	3,4%	3,4%	2,7%	90,4%
	Total	2,0%	2,8%	4,0%	91,3%
¿Con qué frecuencia lo dejaban solo o sin que alguien lo supervisara, cuando era demasiado pequeño para estar solo?	Masculino	0,0%	3,8%	5,7%	90,6%
	Femenino	4,1%	1,4%	2,7%	91,8%
	Total	2,4%	2,4%	4,0%	91,3%
¿Con qué frecuencia andaba usted sin cosas que necesitaba como ropa, zapatos, o útiles escolares porque sus padres o quienes lo cuidaban se gastaban el dinero en ellos mismos?	Masculino	0,0%	0,9%	0,0%	99,1%
	Femenino	2,1%	2,7%	2,1%	93,2%
	Total	1,2%	2,0%	1,2%	95,6%
¿Con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban le hacían pasar hambre o no preparaban los alimentos habituales?	Masculino	0,0%	0,0%	0,9%	99,1%
	Femenino	1,4%	2,1%	2,1%	94,5%
	Total	0,8%	1,2%	1,6%	96,4%
¿Con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban no le daban tratamiento médico cuando estaba enfermo o se lastimaba?	Masculino	0,0%	0,9%	0,9%	98,1%
	Femenino	2,7%	0,7%	2,7%	93,8%
	Total	1,6%	0,8%	2,0%	95,6%

## Eventos vitales

Al analizar las preguntas relacionadas con la presencia de eventos vitales, tales como enfermedad grave, muerte de un ser querido o desempleo, entre otros, se observó que en general estos eventos ocurren más en mujeres que en hombres, excepto para la presencia de enfermedades personales graves, desempleo y problemas legales. Respecto a la ruptura de relaciones estrechas con amigos o familiares, esto se comportó igual en hombres y en mujeres (7,1 % para ambas categorías).

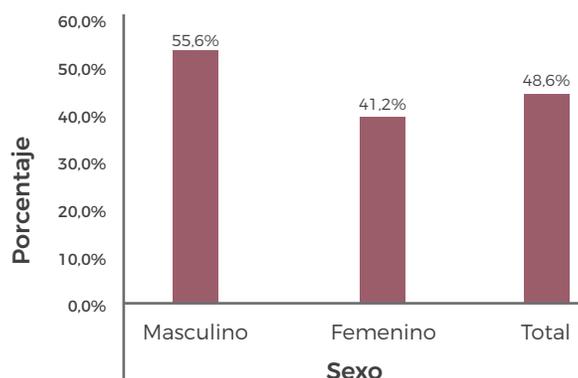
Realizando el análisis global, se encontró que los eventos vitales más frecuentes fueron, en su respectivo orden: la muerte de un amigo cercano o familiar de segundo grado, enfermedad o herida grave de algún familiar cercano, haber estado desempleado durante más de un mes y haber tenido crisis financiera grave (17,1 %, 14,0 %, 12,4 % y 12,4 % respectivamente) (tabla 6).

**Tabla 6.** Distribución de eventos vitales. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

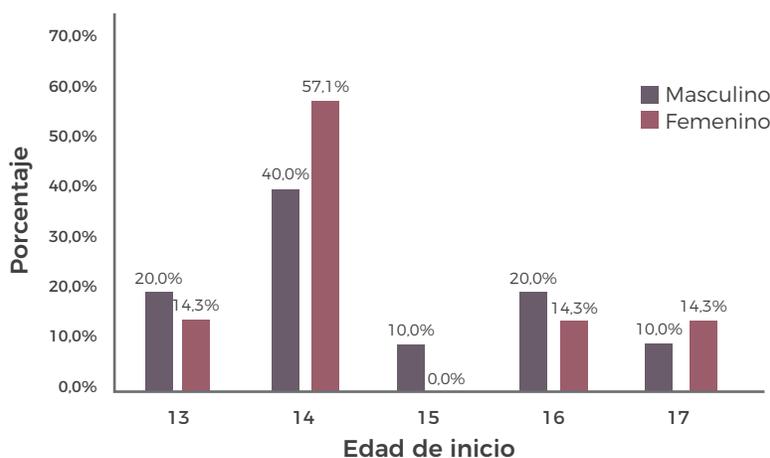
Evento vital	Masculino	Femenino	Total
Alguna enfermedad, herida o agresión grave	11,3%	8,6%	9,9%
Alguna enfermedad o herida grave en algún familiar cercano	12,8%	15,1%	14,0%
La muerte de un familiar de primer grado (pareja, padres, hermanos o hijos)	5,7%	6,5%	6,1%
La muerte de un amigo cercano o de un familiar de segundo grado (tíos, primos o abuelos)	19,9%	14,8%	17,1%
Divorcio o separación de su pareja por problemas de convivencia	3,2%	4,0%	3,6%
Ruptura de una relación muy estrecha con alguien muy cercano (familiar o no)	7,1%	7,1%	7,1%
Problemas serios en su relación con un amigo cercano, vecino o familiar	4,6%	5,8%	5,3%
Ha estado desempleado o buscando trabajo durante más de un mes sin éxito	13,1%	11,7%	12,4%
Ha sido despedido del trabajo	2,8%	0,9%	1,8%
Crisis financiera grave o problemas económicos importantes	10,6%	13,8%	12,4%
Problemas con la policía o legales de otro tipo	1,8%	0,3%	1,0%
Pérdida o robo de algo que usted considera como de mucho valor	3,2%	3,7%	3,5%
Alguna otra circunstancia que le haya sucedido...	1,1%	1,2%	1,2%

## Relaciones sexuales en los adolescentes

Aproximadamente la mitad de los adolescentes encuestados (48,6 %) habían tenido relaciones sexuales, 4 de cada 10 mujeres y casi 6 de cada 10 hombres. Se observó que la mayoría de los encuestados tuvieron su primera relación sexual a los 14 años. Las personas que tienen relaciones sexuales antes de los 14 años, son en su mayoría hombres (figura 8 y 9).



**Figura 8.** Información sobre el inicio de relaciones sexuales, según sexo en el grupo de adolescentes. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

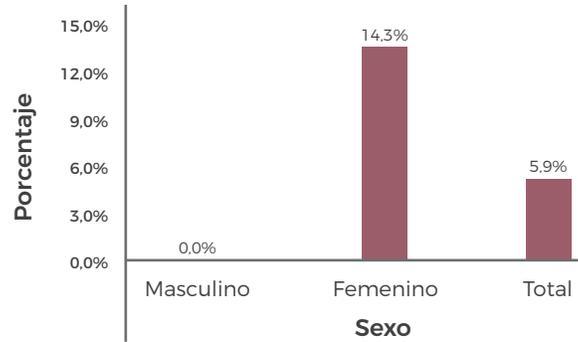


**Figura 9.** Edad de inicio de relaciones sexuales en los adolescentes. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

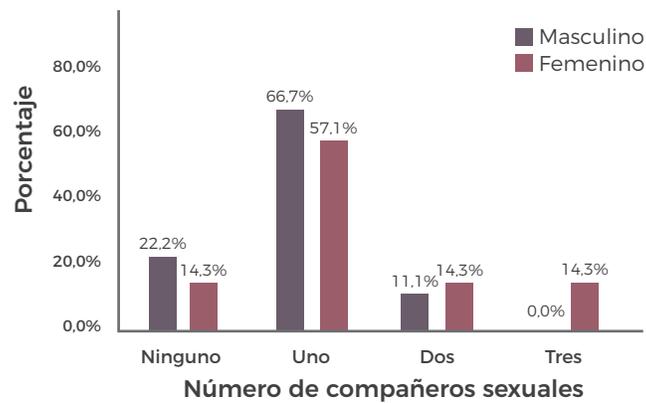
## Información sobre hijos en los adolescentes y parejas sexuales

Al indagar sobre la concepción de hijos en los adolescentes, se encontró que 6 de cada 100 de éstos reportaron haber tenido hijos al momento del estudio. Y del total de mujeres adolescentes el 14,3 % reportaron esta misma condición. Respecto al número de parejas sexuales que habían tenido los adolescentes en los últimos 12 meses, la mayoría reportaron 1. Uno de cada cinco hombres y 15 de cada 100 mujeres no habían tenido pareja en ese mismo periodo (figuras 10 - 12).

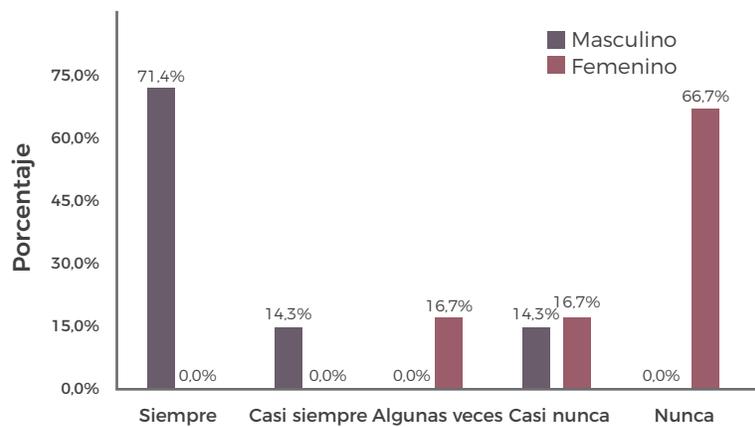
El uso del preservativo en las relaciones sexuales siempre o casi siempre, fue reportado por el 85,7 % de los hombres del estudio.



**Figura 10.** Adolescentes que han tenido hijos. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018



**Figura 11.** Adolescentes: ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses? Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018



**Figura 12.** Adolescentes: ¿durante los últimos 12 meses, usted y su pareja sexual utilizaron preservativo (condón) al tener relaciones sexuales? Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

## Tendencia sexual

No se reportaron casos de personas con orientación bisexual. La orientación homosexual se identificó en el grupo de 30 a 44 años, con una prevalencia del 11,1 % (tabla 7).

**Tabla 7.** Comportamiento de la tendencia sexual según grupos de edad.  
Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Edad	Orientación sexual			
	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	No está seguro
15 - 18 años	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
19 - 29 años	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
30 - 44 años	77,8%	11,1%	0,0%	11,1%
45 - 65 años	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

## Servicios de salud

Respecto a la utilización de servicios de apoyo en salud, se observó que de aquellos que habían hecho uso de los servicios, la consulta psicológica fue la de mayor utilización tanto en hombres como mujeres. En cuanto a la hospitalización, 4 de cada 100 personas han requerido dicho servicio. En quienes requirieron atención en salud mental, se encontró que la mayoría había acudido al psicólogo (58,5 %), seguido por el psiquiatra (14,2 %).

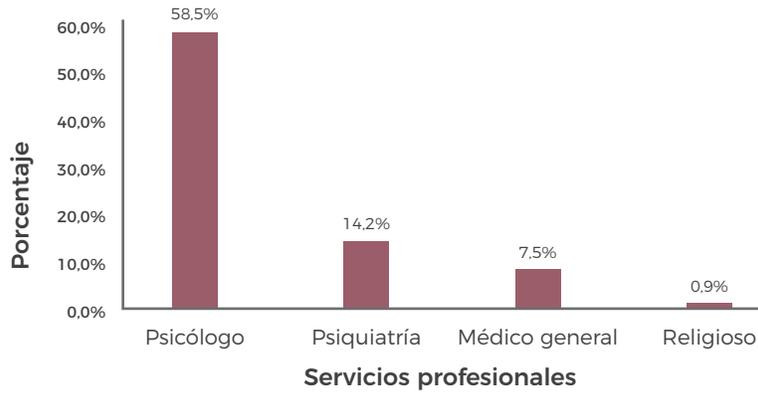
En cuanto a la utilización que realiza la población de servicios de terapias alternativas para la solución de problemas de salud mental, el 4 % reportaron haberlo hecho en el último año (tabla 8).

Finalmente se indagó sobre la percepción de salud mental por parte de los encuestados, y se encontró que el 9,1 % la percibían como regular o mala, y un 27 % como excelente (figuras 13 - 15).

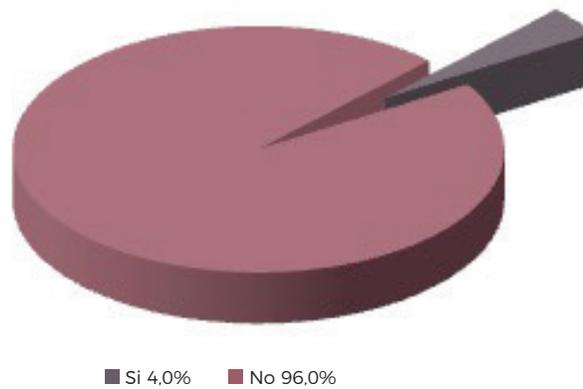
**Tabla 8.** Utilización de servicios de apoyo por problemas de salud mental según sexo.  
Estudio Salud Mental – Sabaneta, 2018

Servicio de salud	Masculino	Femenino	Total
Consulta psicológica/Profesional de la salud	32,1%	36,7%	34,8%
Recetado medicamentos	16,0%	18,4%	17,4%
Hospitalización	3,9%	4,2%	4,1%
Grupo de autoayuda	0,0%	0,7%	0,4%
Línea telefónica de intervención	0,0%	0,7%	0,4%
Grupo de apoyo por internet	0,0%	0,0%	0,0%

## Servicios profesionales utilizados en la vida

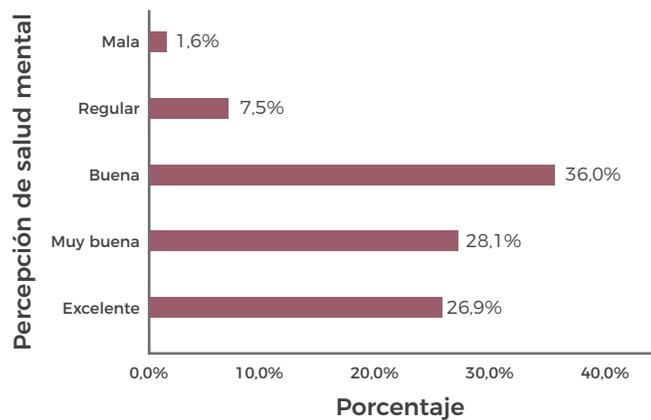


**Figura 13.** Servicios profesionales utilizados en la vida. Estudio Salud Mental – Sabaneta, 2018



**Figura 14.** ¿Ha utilizado en el último año terapias alternativas para el tratamiento de su salud mental? Estudio Salud Mental – Sabaneta, 2018

## Percepción de salud mental



**Figura 15.** Percepción de salud mental. Estudio Salud Mental – Sabaneta, 2018



# 05

## TRASTORNOS DEL AFECTO

**DIANA RESTREPO BERNAL**

Psiquiatra de Enlace

Mg. Epidemiología

Coordinadora Grupo Salud Mental

**YOLANDA TORRES DE GALVIS**

ND. Epidemióloga

Mg en Salud Pública Dra. HC

Líder Grupo Salud Mental

Diana Restrepo Bernal // Yolanda Torres de Galvis

### Aspectos históricos

El grupo de los trastornos afectivos, surge a principio del siglo XX. Sin embargo, la palabra afectivo, tiene una larga historia de términos y significados. Algunos vocablos como emoción, sentimiento, ánimo, afecto, distimia, ciclotimia, disforia, pasión entre otros, denominan experiencias subjetivas con etimología y orígenes diferentes pero cercanas, que enmarcan la semiología de la afectividad <sup>(1)</sup>.

En la Antigüedad, manía y melancolía no eran polos opuestos, por tanto, un estado no se definía por la contraposición de las características del otro, sino por el análisis del comportamiento particularmente del movimiento el cual se aumentaba o se disminuía y la tristeza o la euforia no eran las características que definían la manía o la melancolía <sup>(2)</sup>. Sin embargo, manía y melancolía se transformaron en los nuevos conceptos de manía y depresión, proceso que culminó con la integración de todos los estados afectivos en la “locura maniaco-depresiva” de Kraepelin que posteriormente en 1980, con el DSM-III se volvió a separar en depresión unipolar y trastorno bipolar <sup>(1)</sup>.

La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-5, publicado en el 2013, <sup>(3)</sup>, eliminó la categoría trastornos afectivos y la reemplazó por dos capítulos diferentes: 1) trastornos depresivos y 2) trastorno bipolar, e introdujo nuevas entidades diagnósticas como el trastorno por disregulación del afecto y el trastorno disfórico premenstrual, además de reformular el concepto de los estados mixtos. Para justificar esto, el DSM-5 argumentó las diferencias en la sintomatología, la historia familiar, la genética y la respuesta al tratamiento de estos dos grupos de trastornos. A pesar de este nuevo distanciamiento, la característica fundamental de estos trastornos es el afecto anormal y los comportamientos y síntomas que acompañan el afecto disregulado.

### Trastorno bipolar y otros trastornos asociados

#### Diagnóstico

En este capítulo se incluye el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar inducido por sustancias o medicación, trastorno bipolar relacionado a otra condición médica y otros trastornos bipolares no especificados.

La sintomatología que define los trastornos bipolares es un estado de ánimo anormal, en el que puede predominar tanto la euforia como la expansividad y la irritabilidad. Para realizar el diagnóstico de trastorno bipolar I es necesario cumplir los criterios de un episodio maniaco al menos una vez en la vida, así los siguientes episodios sean de tipo depresivo, o hipomaniacos. Los síntomas deben estar presentes durante una semana al menos, todos los días, la mayor parte del día o cualquier duración si se necesita hospitalización.

El trastorno bipolar II combina episodios depresivos mayores con hipomanías. Estos pacientes tienen un mayor número de episodios lo que implica consecuencias

negativas para el funcionamiento integral de la persona. Entre un 5 y un 15 % de los pacientes presentarán un episodio maníaco y se convertirán en personas con diagnóstico de trastorno bipolar I <sup>(4)</sup>

Para el diagnóstico de manía, además del ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, con incremento en las actividades o en la percepción de energía vital, se pueden presentar otros síntomas como: ideas grandiosas; disminución en la necesidad de dormir; presión para hablar; fuga de ideas; distractibilidad; incremento en las actividades en el trabajo, la escuela o de tipo sexual; involucrarse en actividades riesgosas (compras, sexuales, deportes), comportamientos impulsivos sin medir el riesgo. Todo esto enmarcado en compromiso familiar y social. Si aparecen ideas delirantes o alucinaciones, puede el contenido guardar relación con el estado de ánimo, pero no siempre.

Para el diagnóstico de hipomanía, el ánimo se encuentra elevado, expansivo o irritable, no se presentan síntomas psicóticos ni deterioro social, familiar o laboral de tal grado que amerite hospitalización. Por tanto, todos los síntomas tienden a ser más leves que en la manía.

En cuanto a la fase depresiva del trastorno bipolar, algunas características como el predominio de la apatía sobre la tristeza, inhibición psicomotora en vez de ansiedad e hipersomnias en vez de insomnio, ayudan a diferenciar la depresión bipolar de la unipolar. Los episodios mixtos se caracterizan por síntomas maníacos y depresivos simultáneos en diferentes combinaciones, predominando más unos que otros.

## Ciclotimia

La ciclotimia es considerada una forma menor de trastorno bipolar, más cercana del trastorno afectivo bipolar tipo II, la cual se caracteriza por un curso crónico, numerosos episodios, de intensidad leve, pero con considerable compromiso funcional. Algunos de estos pacientes pueden recibir el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y la comorbilidad con déficit de atención e hiperactividad es alto. Estos pacientes responden mejor a los estabilizadores del afecto que a los antidepresivos <sup>(5)</sup>.

## Etiopatogenia y neurobiología

Si bien son indiscutibles las alteraciones neurobiológicas, todavía genera controversia la naturaleza de los estados sintomáticos del trastorno bipolar. Los fenómenos de kindling y sensibilización, permiten cierta integración de factores neurobiológicos, psicosociales y terapéuticos. Este fenómeno de manera general, se refiere a modelos animales en los que un estímulo sub-umbral repetido acaba desencadenando una respuesta conductual que posteriormente se independiza de la presencia del estímulo. Esto implicaría para el trastorno bipolar que la enfermedad aparecería en sujetos vulnerables genéticamente como consecuencia de un estímulo estresante psicosocial inicial y con el tiempo a medida que ocurren las recaídas, se adquiriría autonomía neurobiológica <sup>(6)</sup>

El estudio de receptores, mecanismos de neurotransmisión y segundos mensajeros da luces frente al mecanismo del viraje (pasar de episodio maníaco a uno depresivo o viceversa). Los mecanismos neurobiológicos involucran numerosos aspectos: neurotransmisión (dopaminérgica, noradrenérgica, serotoninérgica, colinérgica y gabaérgica), alteraciones neuroendocrinas (eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo, hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-gonadal), compromiso de neuropéptidos y segundos mensajeros, alteraciones iónicas y de membrana celular, alteraciones electrofisiológicas y neuroanatómicas y neurofuncionales <sup>(7)</sup>.

Una consideración especial merece, los aspectos genéticos de los trastornos afectivos. Los estudios epidemiológicos, familiares y de concordancia de gemelos monocigóticos y heterocigóticos, señalan que los factores genéticos juegan un papel importante en estos trastornos <sup>(8)</sup>.

El riesgo de sufrir un trastorno afectivo en familiares de primer grado de un paciente bipolar es de aproximadamente el 20 % repartido en un 8 % para el trastorno bipolar y un 12 % para el trastorno unipolar (trastorno depresivo)<sup>(9)</sup>.

## Curso y pronóstico

La característica de los trastornos bipolares es su carácter cíclico. De modo general, entre dos tercios y tres cuartas partes de los pacientes ingresados por manía acaban reingresando por un nuevo episodio. Los pacientes más jóvenes al inicio tienen mayor probabilidad de recaer. Con el tiempo, la mejora de la detección de episodios y su definición mejora. Algunos estudios han encontrado un índice de recaídas cercano al 100 % <sup>(10)</sup>. Winokur y Kadrmaz calculan que tan sólo el 15 % de los pacientes bipolares presentan un único episodio en la vida <sup>(11)</sup>.

El número de recaídas a lo largo de la vida oscila entre 7 y 22. Al año del primer episodio recaen entre el 37 y el 44 % de los pacientes y a los 5 años entre el 68% y el 89 %. Luego del primer episodio puede observarse un período largo de eutimia que en algunos casos puede durar más de 4 años <sup>(12)</sup>.

## Epidemiología

La prevalencia del trastorno afectivo bipolar de acuerdo al estudio mundial de epidemiología psiquiátrica, para trastorno bipolar I y II es de 4,4 % <sup>(13)</sup>.

La edad de comienzo del trastorno bipolar en función del primer episodio afectivo se sitúa entre los 18 y los 28 años. Sin embargo, la aparición de los síntomas afectivos se sitúa entre los 15 y 19 años. A menudo transcurren 5 a 10 años entre el comienzo de la enfermedad y la edad a la que se inicia el primer tratamiento o se realiza la primera hospitalización <sup>(14)</sup>.

El primer episodio del trastorno bipolar puede ser maníaco, hipomaníaco, mixto o depresivo. Los episodios depresivos representan el 50 %, los mixtos el 26 % y los puros el 23 %. El inicio maníaco ocurre más en los hombres y los síntomas psicóticos pueden estar presentes hasta en el 50 % de los primeros episodios <sup>(15)</sup>.

La polaridad de los episodios está influenciada por la polaridad del episodio inicial y las características de la manía suele ser similar durante los distintos episodios. El inicio de los episodios maníacos suele ser más brusco que el de los depresivos. La duración de un episodio maníaco sin tratamiento es de tres meses, en tanto que la del depresivo puede prolongarse por trece meses <sup>(16)</sup>.

## Tratamiento

Las estrategias farmacológicas son la primera línea del tratamiento del trastorno bipolar. Las opciones farmacológicas son variadas, en la primera línea de manejo se encuentra el litio, valproato y diversos antipsicóticos atípicos. Si se desea monoterapia se puede intentar con asenapina, paliperidona y divalproato. Para la depresión bipolar se recomienda litio, lamotrigina y quetiapina en monoterapia, como también olanzapina con un inhibidor de la recaptura de serotonina y litio o divalproato más un inhibidor de recaptura de serotonina o bupropion <sup>(17)</sup>. La terapia electroconvulsiva continúa siendo una opción útil para casos refractarios o cuando existen contraindicaciones para el uso de psicofármacos.

## Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos incluyen los trastornos por disregulación afectiva, el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia) el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo debido a otra condición médica, el trastorno depresivo inducido por sustancias o medicación y otros trastornos depresivos no especificados.

Los trastornos depresivos se caracterizan por episodios discretos de por lo menos dos semanas de duración de síntomas afectivos, cognitivos y neurovegetativos.

La sintomatología que define los trastornos depresivos es un estado de ánimo anormal, en el que puede predominar según el trastorno, la tristeza y anhedonia o la irritabilidad <sup>(3)</sup>.

El trastorno de disregulación afectiva se caracteriza por la irritabilidad crónica, con episodios de malestar intenso el cual ocurre en respuesta a la frustración y tiene manifestaciones verbales y comportamentales en forma de agresión a otros y al entorno físico. Estas características clínicas se deben diferenciar cuidadosamente de un trastorno bipolar. El trastorno depresivo por su parte, se caracteriza por el ánimo deprimido o tristeza y la pérdida de placer o interés en las actividades que habitualmente disfruta la persona <sup>(18)</sup>.

En tanto que la característica principal del trastorno depresivo persistente es la presencia de síntomas depresivos que no alcanzan el diagnóstico de un episodio depresivo pero que se presentan por lo menos dos años de forma continua, sin que se presente un episodio de manía o hipomanía. El trastorno disfórico premenstrual se caracteriza por marcada labilidad emocional con cambios abruptos en el ánimo, sentimientos súbitos de tristeza, llanto y sensibilidad al rechazo que aparecen en los días previos al comienzo de la menstruación y que disminuyen o desaparecen en la semana siguiente a la menstruación <sup>(19)</sup>.

Otros síntomas frecuentes en el trastorno depresivo mayor son: cambios en el peso corporal (aumento o disminución del 5 % o más), cambios en el patrón de sueño (insomnio o hipersomnias), agitación o retardo psicomotor, pensamientos de minusvalía, culpa o desesperanza, fatiga o pérdida de energía, disminución en la habilidad para pensar o concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Estos síntomas deben estar presentes por lo menos dos semanas, todos los días, la mayor parte del día <sup>(20)</sup>

### Etiopatogenia y neurobiología

La primera hipótesis que se formuló para explicar neurobiológicamente la depresión fue la hipótesis monoaminérgica que atribuye la depresión a una falla en la transmisión serotoninérgica, noradrenérgica y dopaminérgica en el sistema nervioso central y si bien se ha avanzado bastante, todavía no se precisa el papel último de las monoaminas en la depresión <sup>(21)</sup>.

Otros hallazgos como las alteraciones estructurales en los pacientes con depresión unipolar si bien no son hallazgos que caractericen a todos los pacientes depresivos, si sustentan la idea de que la depresión se relaciona con una alteración global de las estructuras cerebrales, particularmente en el hipocampo, la amígdala y los ganglios de la base. Las lesiones de la sustancia blanca (que señalan un exceso de patología vascular), en pacientes ancianos y anuncian una mala respuesta al tratamiento para la depresión. En neuroimagen funcional se ha encontrado inhibición del componente dorsal de la corteza cingulada anterior y activación del componente ventral <sup>(22)</sup>.

## Curso y pronóstico

La edad de inicio de los trastornos unipolares es mucho más variable que en el caso de los bipolares. Es frecuente que se inicie entre los 20 y los 40 años y que alcance el máximo pico entre los 40 y los 60 años. Se ha señalado que alteraciones distímicas en la infancia o adolescencia pueden constituir un estadio inicial de un trastorno afectivo primario. El período prodrómico puede manifestarse con quejas inespecíficas y síntomas somáticos. La edad de inicio de los síntomas puede preceder 10 años la primera hospitalización. Una edad de inicio más temprana, se correlaciona con historia familiar positiva para trastornos afectivos <sup>(23)</sup>.

El primer episodio clínico incluye falta de iniciativa, fatiga, insomnio, empeoramiento del rendimiento laboral, un grado más elevado de indecisión, dificultades en la concentración, irritabilidad y ansiedad generalizada. Algunas veces el episodio se puede instaurar en menos de un mes, con cierta similitud en el patrón de síntomas iniciales y la instauración cronológica de los siguientes episodios <sup>(24)</sup>.

La mayoría de los pacientes sufrirán dos o más episodios posteriores, aunque el segundo puede acontecer muchos años después del primero. El 50 % de los pacientes que se recuperan de un episodio depresivo presentarán como mínimo un nuevo episodio en los dos años siguientes a la recuperación, especialmente entre los 4 y los 6 meses. Cuando un sujeto experimenta un segundo episodio depresivo, la posibilidad de que desarrolle un tercer episodio es del 80-90 % con un 70 a 80 % de posibilidades de que la recurrencia se produzca en los 3 años tras la recuperación del episodio <sup>(25,26)</sup>.

## Epidemiología

En el estudio mundial de epidemiología psiquiátrica se encontró una prevalencia de vida para depresión y distimia de 17,5 % <sup>(13)</sup>. Un estudio europeo realizado por Ayuso-Mateos et al., encontraron una prevalencia tal de 8,56 % (IC 95 % 7,05 - 10,37), las tasas eran 10,05 % para mujeres y 6,61 % para hombres <sup>(27)</sup>.

## Factores de riesgo

Dentro de los factores predisponentes para depresión mayor se han descrito la pérdida parental temprana, el abuso sexual, físico y la negligencia en la niñez, una pobre percepción del papel en la propia familia, el estilo educacional. También el sexo femenino, los recursos personales para responder al estrés y la adversidad, aspectos genéticos y de vulnerabilidad neurobiológica, incluida la historia familiar. Como factores precipitantes se nombran los eventos vitales, uso de alcohol y sustancias, medicamentos, enfermedades sistémicas entre otros <sup>(28)</sup>.

## Tratamiento

Hasta 1938 no se disponía de terapias efectivas para tratar la depresión. Con la terapia electroconvulsiva se implementaron estrategias de tratamiento que se ampliaron en 1957 con la introducción del primer antidepresivo la imipramina <sup>(29)</sup>.

La psicoterapia desde el psicoanálisis hasta las terapias más modernas de tipo cognitivo comportamental y más recientemente las terapias de tercera generación como el mindfulness, se han incorporado a los tratamientos integrales para los trastornos afectivos. Un poco más recientemente se han descrito intervenciones que incluyen la estimulación cerebral profunda y la infusión de ketamina <sup>(30)</sup>.

Estos tratamientos más recientes pensados para pacientes con cuadros clínicos refractarios a los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos convencionales.

La mayoría de las guías de práctica clínica basadas en evidencia, privilegian el uso de los inhibidores de la recaptura de serotonina como los antidepresivos de elección en la mayoría de las depresiones. Si bien la depresión es un trastorno que tiende a ser crónico y con alta probabilidad de recaídas y recurrencias, con tratamiento apropiado se puede obtener altas tasas de éxito terapéutico <sup>(31)</sup>.

## Resultados

### Depresión mayor

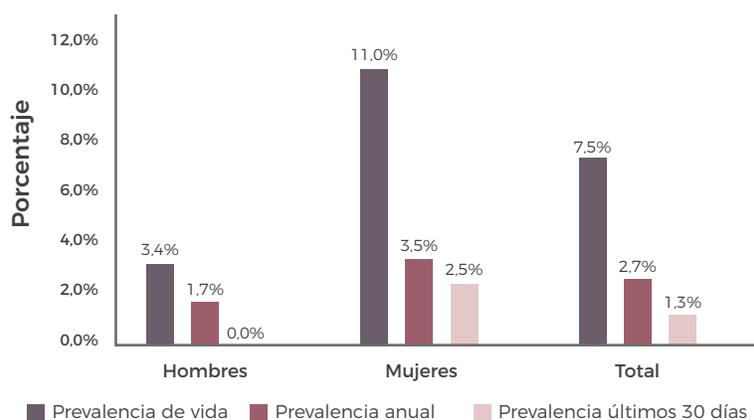
#### Comportamiento según sexo

Al analizar los resultados por sexo se encontró una prevalencia en los últimos 30 días de 2,5 % para las mujeres y no se presentaron casos en los hombres. Aproximadamente 8 de cada 100 personas presentaron depresión mayor alguna vez en la vida (tabla 9).

La prevalencia en la vida para el sexo femenino fue de 11,0 % y para el sexo masculino 3,4 % y una razón de 0,3 hombres por cada mujer (figura 16).

**Tabla 9.** Indicadores de prevalencia para trastorno depresivo mayor por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M/F)
Prevalencia últimos 30 Días (IC 95%)	0,0% (0,0 - 0,0)	2,5% (0,8 - 4,1)	1,3% (0,4 - 2,2)	0,0
Prevalencia últimos 12 Meses (IC 95%)	1,7% (0,2 - 3,3)	3,5% (1,5 - 5,5)	2,7% (1,4 - 4,0)	0,5
Prevalencia de vida (IC 95%)	3,4% (1,3 - 5,5)	11,0% (7,6 - 14,4)	7,5% (5,4 - 9,5)	0,3



**Figura 16.** Prevalencia del trastorno depresivo mayor por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

## Comportamiento según grupos de edad

En la siguiente tabla se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad. En el grupo de 45 a 65 años, se encontraron las mayores prevalencias en la vida, en el último año y en los últimos 30 días con 12,14 %, 3,67 % y 1,88 % respectivamente, lo que señala que en este grupo están ocurriendo tanto los casos nuevos como la mayor carga de la enfermedad.

**Tabla 10.** Indicadores de prevalencia para trastorno depresivo mayor por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	3,98%	0,81%	0,00%
19 a 29 años	5,44%	2,24%	1,87%
30 a 44 años	4,33%	2,31%	0,52%
45 a 65 años	12,14%	3,67%	1,88%
<b>Total</b>	<b>7,46%</b>	<b>2,67%</b>	<b>1,32%</b>

## Trastorno distímico

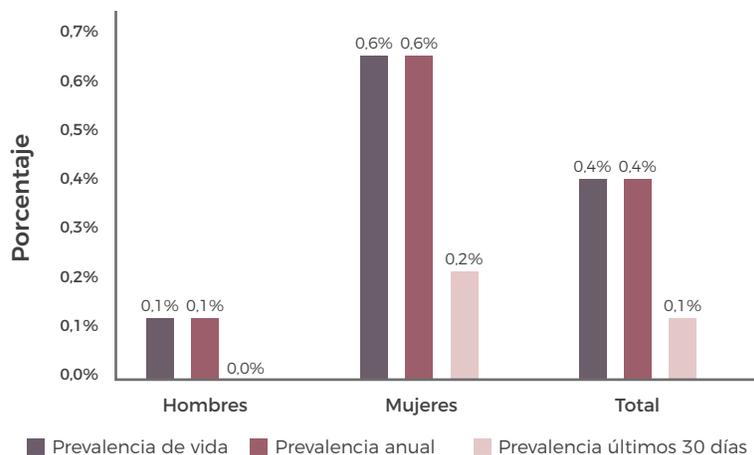
### Comportamiento según sexo

La prevalencia para el trastorno distímico durante los últimos 30 días fue de 0,2 % para las mujeres y para los hombres no se presentaron casos. En el último año, la prevalencia global fue de 0,4 %, mayor en las mujeres en comparación con los hombres, 0,6 % vs 0,1 % (tabla 11).

La prevalencia de vida para trastorno distímico fue de 0,40 % para el total de la población, con un intervalo de confianza de 95 % entre 0,1 % y 0,9 % (figura 17).

**Tabla 11.** Indicadores de prevalencia para trastorno distímico por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M/F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95%)	0,0%	0,2%	0,1%	0,0
	(0,0 - 0,0)	(0,01 - 0,7)	(0,01 - 0,4)	
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95%)	0,1%	0,6%	0,4%	0,2
	(0,01 - 0,5)	(0,1 - 1,5)	(0,1 - 0,9)	
Prevalencia de vida (IC 95%)	0,12%	0,65%	0,40%	0,2
	(0,1 - 0,5)	(0,1 - 1,5)	(0,1 - 0,9)	



**Figura 17.** Indicadores de prevalencia para el trastorno distímico según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

## Comportamiento según grupos de edad

Para los tres indicadores estudiados (prevalencia de vida, prevalencia anual y de los últimos 30 días), no se encontraron casos en los grupos de edad de 19 a 29 años y de 30 a 44 años. Al comparar los dos grupos de edad en los cuales se identificaron casos, se observó que fue mayor en el de 45 a 65 años con 0,94 % vs 0,81 % en el grupo de 15 a 18 años (tabla 12).

**Tabla 12.** Indicadores de prevalencia para trastorno distímico por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,81%	0,81%	0,00%
19 a 29 años	0,00%	0,00%	0,00%
30 a 44 años	0,00%	0,00%	0,00%
45 a 65 años	0,94%	0,94%	0,32%
<b>Total</b>	<b>0,40%</b>	<b>0,40%</b>	<b>0,12%</b>

## Trastorno afectivo bipolar I y II

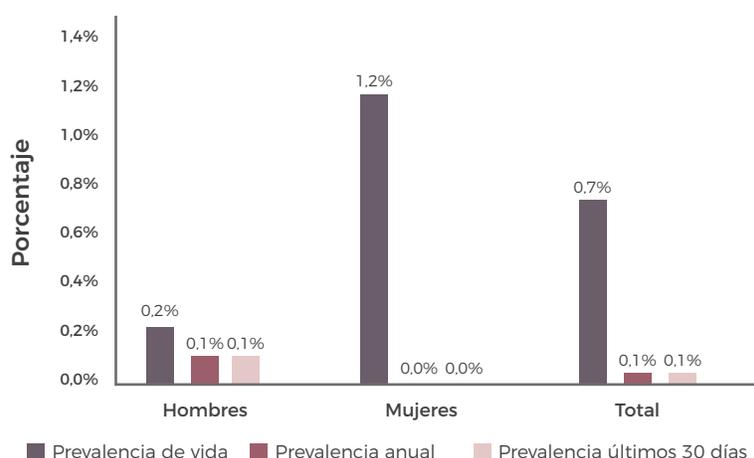
### Comportamiento por sexo

Para este grupo de trastornos se encontró una prevalencia de vida global de 0,75 %, mayor para las mujeres con 1,19 % en comparación con 0,24 % en los hombres. No se identificaron casos de trastorno bipolar en las mujeres en los últimos 30 días ni en el último año (tabla 13).

**Tabla 13.** Indicadores de prevalencia para trastorno afectivo bipolar por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M/F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95%)	0,1% (0,01 - 0,5)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,1% (0,01 - 0,2)	NC
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95%)	0,1% (0,01 - 0,5)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,1% (0,01 - 0,2)	NC
Prevalencia de vida (IC 95%)	0,24% (0,1 - 0,8)	1,19% (0,1 - 2,4)	0,75% (0,1 - 1,4)	0,2

NC: no calculado



**Figura 18.** Prevalencia de trastorno afectivo bipolar por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

## Comportamiento según grupos de edad

En los últimos 30 días y en el último año, solo se registran casos en el grupo de 15 a 18 años con igual proporción. La prevalencia de vida más alta la presentó este mismo grupo de edad con 1,59 %, seguido por el grupo de 30 a 44 años con 1,22 %. No se identificaron casos en el grupo de 19 a 29 años (tabla 14).

**Tabla 14.** Indicadores de prevalencia para trastorno afectivo bipolar por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	1,59%	0,81%	0,81%
19 a 29 años	0,00%	0,00%	0,00%
30 a 44 años	1,22%	0,00%	0,00%
45 a 65 años	0,75%	0,00%	0,00%
<b>Total</b>	<b>0,75%</b>	<b>0,06%</b>	<b>0,06%</b>

## Cualquier trastorno afectivo

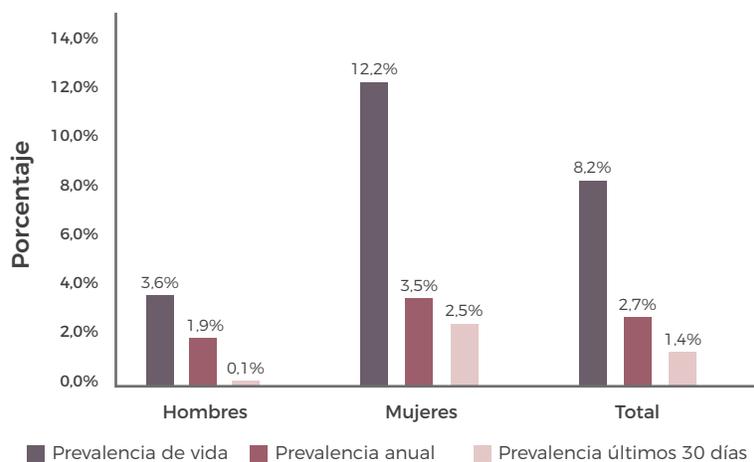
### Comportamiento por sexo

El comportamiento de la prevalencia de vida para los trastornos afectivos fue de 8,21 %, es decir, 8 de cada 100 personas habían tenido cualquier trastorno afectivo alguna vez en la vida. Su distribución según sexo fue de 12,2 % en mujeres y 3,6 % en hombres (tabla 15).

Para el total de la población la prevalencia en los últimos 12 meses fue de 2,7 % con una razón de 0,5 hombres por cada mujer. La prevalencia en los últimos 30 días para el total de la población fue de 1,4 % (figura 19).

**Tabla 15.** Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M/F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95%)	0,1% (0,0 - 0,5)	2,5% (0,8 - 4,1)	1,4% (0,5 - 2,3)	0,04
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95%)	1,9% (0,3 - 3,4)	3,5% (1,5 - 5,5)	2,7% (1,4 - 4,0)	0,5
Prevalencia de vida (IC 95%)	3,60% (1,4 - 5,8)	12,20% (8,6 - 15,7)	8,21% (6,0 - 10,4)	0,3



**Figura 19.** Prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

### Comportamiento según grupos de edad

Las prevalencias de vida en las personas de 15 a 45 años estuvieron cercanas unas de otras, oscilando entre 5,44 % y 5,57 %. En tanto que, en el grupo de 45 a 65 años, se dobla con respecto a los demás grupos y alcanza una prevalencia de 12,8 %.

En la prevalencia en los últimos 12 meses se observó una tendencia similar a la prevalencia de vida, siendo mayor en el grupo de 45 a 65 años con 3,7 %.

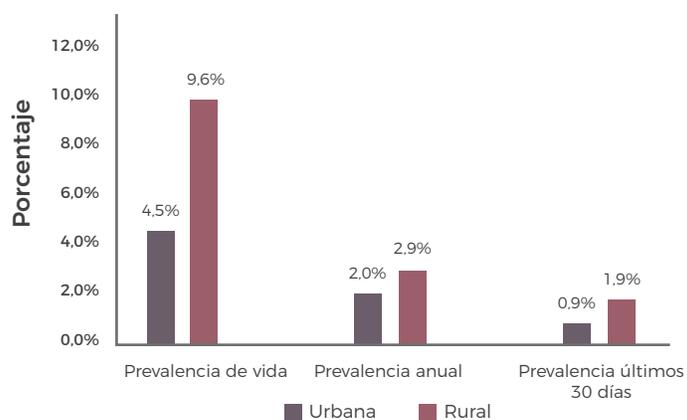
En los últimos 30 días el comportamiento de la prevalencia muestra diferencias por grupos de edad. Si bien la mayor prevalencia se encontró en el grupo de 45 a 65 años, el grupo de 19 a 29 años, se encuentra muy cercano del anterior con 1,8 % (tabla 16).

**Tabla 16.** Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	5,57%	1,62%	0,81%
19 a 29 años	5,44%	2,24%	1,87%
30 a 44 años	5,55%	2,31%	0,52%
45 a 65 años	12,89%	3,67%	1,88%
Total	8,21%	2,73%	1,38%

### Comportamiento según zona de residencia

En cuanto al comportamiento de la prevalencia para cualquier trastorno afectivo según zona de residencia, se observó en los tres indicadores estudiados, que la zona rural dobla la proporción de la zona urbana para los indicadores de vida y en los últimos 30 días. En cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses, si bien es mayor en zona rural, esta diferencia es menor al 1 % (figura 20).



**Figura 20.** Prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según área de residencia. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

## Bibliografía

1. **Luque R, Berrios GE.** Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2011;40:130S-146S.
2. **Berrios GE.** Melancholia and Depression During the 19th Century: a Conceptual History. *British Journal of Psychiatry.* septiembre de 1988;153(03):298-304.
3. **American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editores.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
4. **Ayuso-Gutiérrez JL, Ramos-Brieva JA.** The course of manic-depressive illness. A comparative study of bipolar I and bipolar II patients. *J Affect Disord.* Marzo de 1982;4(1):9-14.
5. **Parker G, McCraw S, Fletcher K.** Cyclothymia. *Depress Anxiety.* Junio de 2012;29(6):487-94.
6. **Gómez-Coronado N, Sethi R, Bortolasci CC, Arancini L, Berk M, Dodd S.** A review of the neurobiological underpinning of comorbid substance use and mood disorders. *J Affect Disord.* 11 de agosto de 2018;241:388-401.
7. **Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.** Guías de práctica clínica sobre trastorno bipolar. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012.
8. **Hankin BL.** Etiology of Bipolar Disorder Across the Lifespan: Essential Interplay With Diagnosis, Classification, and Assessment. *Clin Psychol (New York).* 10 de junio de 2009;16(2):227-30.
9. **Cañas de Paz F, Leal Cercós C, Vallejo Ruiloba J.** Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Medica; 2005.
10. **Angst J, Felder W, Frey R, Stassen HH.** The course of affective disorders: I. Change of diagnosis of monopolar, unipolar, and bipolar illness. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Vereinigt mit Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie.* 1978;226(1):57-64.
11. **Winokur G, Kadmas A.** A polyepisodic course in bipolar illness: possible clinical relationships. *Compr Psychiatry.* Abril de 1989;30(2):121-7.
12. **Ishak WW, Greenberg JM, Cohen RM.** Predicting relapse in major depressive disorder using patient-reported outcomes of depressive symptom severity, functioning, and quality of life in the Individual Burden of Illness Index for Depression (IBI-D). *J Affect Disord.* Octubre de 2013;151(1):59-65.
13. **Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al.** Development of Lifetime Comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry.* 3 de enero de 2011;68(1):90.
14. **Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM.** The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord.* Agosto de 1994;31(4):281-94.
15. **Perugi G, Micheli C, Akiskal HS, Madaro D, Socci C, Quilici C, et al.** Polarity of the first episode, clinical characteristics, and course of manic depressive illness: A systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. *Comprehensive Psychiatry.* Enero de 2000;41(1):13-8.
16. **Scott J.** Book Review Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression Second edition. By Frederick K. Goodwin and Kay Redfield Jamison. 1262 pp., illustrated. New York, Oxford University Press, 2007. 99. 978-0-19-513579-4. *New England Journal of Medicine.* 6 de diciembre de 2007;357(23):2414-5.
17. **Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al.** Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013: CANMAT guidelines for bipolar disorder. *Bipolar Disorders.* Febrero de 2013;15(1):1-44.

18. **Leung NTY, Lo MM, Lee TMC.** Potential therapeutic effects of meditation for treating affective dysregulation. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2014;2014:402718.
19. **Reid RL, Soares CN.** Premenstrual Dysphoric Disorder: Contemporary Diagnosis and Management. *J Obstet Gynaecol Can.* Febrero de 2018;40(2):215-23.
20. **Correia J, Ravasco P.** Weight changes in Portuguese patients with depression: which factors are involved? *Nutr J.* 16 de diciembre de 2014;13(1):117.
21. **Pehrson AL, Sanchez C.** Serotonergic modulation of glutamate neurotransmission as a strategy for treating depression and cognitive dysfunction. *CNS Spectr.* Abril de 2014;19(2):121-33.
22. **Park JH, Lee SB, Lee JJ, Yoon JC, Han JW, Kim TH, et al.** Epidemiology of MRI-defined vascular depression: A longitudinal, community-based study in Korean elders. *J Affect Disord.* 15 de julio de 2015;180:200-6.
23. **Ayuso-Gutiérrez JL, Ramos-Brieva JA.** The course of manic-depressive illness. A comparative study of bipolar I and bipolar II patients. *J Affect Disord.* Marzo de 1982;4(1):9-14.
24. **Young MA, Grabler P.** Rapidity of symptom onset in depression. *Psychiatry Res.* Diciembre de 1985;16(4):309-15.
25. **Smith K.** Mental health: A world of depression. *Nature.* 12 de noviembre de 2014;515(7526):180-1.
26. **Thase ME.** Relapse and recurrence in unipolar major depression: short-term and long-term approaches. *J Clin Psychiatry.* Junio de 1990;51 Suppl:51-7; discussion 58-59.
27. **Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al.** Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry.* Octubre de 2001;179:308-16.
28. **Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA.** Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry.* Julio de 2002;159(7):1133-45.
29. **Brown WA, Rosdolsky M.** The clinical discovery of imipramine. *Am J Psychiatry.* Mayo de 2015;172(5):426-9.
30. **Fond G, Loundou A, Rabu C, Macgregor A, Lançon C, Brittner M, et al.** Ketamine administration in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl).* Septiembre de 2014;231(18):3663-76.
31. **Howland RH.** Therapeutic armamentarium for treating depression. *Postgrad Med.* julio de 2010;122(4):66-93.





# 06

## **TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

**DIANA RESTREPO BERNAL**

Psiquiatra de Enlace

Mg. Epidemiología

Coordinadora Grupo Salud Mental

Diana Restrepo Bernal

## Introducción

La ansiedad, del francés *anxiété*, del alemán *angst*, y del latín *ansieta*, es definida como la anticipación de un daño futuro. Se distingue del miedo, el cuál es la respuesta emocional a un daño real o percibido como inminente. El término preocupación fue introducido recientemente en el DSM-5 para describir los aspectos cognitivos de la expectativa ansiosa <sup>(1)</sup>.

La ansiedad es una emoción normal, que todos hemos experimentado pero que no resulta sencillo definir. Desde el punto de vista evolutivo, promueve la adaptación y la supervivencia al movilizar a la persona a estar más consciente frente a su entorno.

Desde el siglo XX, la ansiedad ha hecho parte de las clasificaciones psiquiátricas, con un espectro desde la ansiedad normal o adaptativa, hasta la ansiedad patológica que supera la capacidad adaptativa de la persona, provocando malestar significativo con síntomas físicos, psicológicos y conductuales <sup>(2)</sup>.

## Estrés y ansiedad

El término estrés tan popular en la actualidad, deriva de la palabra inglesa *stress* que significa carga y *strain* tensión o esfuerzo. Hans Selye, tomó la palabra *stress* para describir la respuesta fisiológica de un organismo para contrarrestar o prevenir las amenazas y lograr la homeostasis, sin embargo, bajo esta perspectiva hubiese sido más correcto usar la palabra *strain*. En el estrés se necesita un "estresor", esto es una demanda o una potencial amenaza, en tanto que en la ansiedad no es necesario el estresor <sup>(3)</sup>.

## Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes en la población general <sup>(4)</sup>. Estos trastornos están fuertemente influenciados por factores étnicos, raciales y culturales <sup>(5)</sup>.

El estudio mundial de epidemiología psiquiátrica ha encontrado diferentes prevalencias de trastornos mentales alrededor del mundo. Revisiones sistemáticas y regresiones meta-analíticas han confirmado diferencias en las prevalencias alrededor del mundo y ha sugerido una prevalencia global de 7,3 % con rangos entre 4,8 % a 10,9 % <sup>(6,7)</sup>.

En Colombia los trastornos de ansiedad encabezan la lista de trastornos mentales más frecuentes con 19,5 % de prevalencia en la vida. En Medellín, se encontró una prevalencia de trastornos mentales en la vida de 16,88 %, mayor en mujeres con el 19,37 % frente a los hombres con 12,65 % y una razón de 1,5 mujeres por cada hombre <sup>(8)</sup>.

Los estudios han mostrado que los trastornos de ansiedad son crónicos, pudiendo los pacientes sufrir por décadas antes de consultar o recibir tratamiento. Además, comienzan tempranamente en la niñez como lo mostró un estudio con 10 148 adolescentes con edades entre 13 a 17 años, en los cuales se observó que los trastornos de ansiedad eran los más prevalentes entre todos los trastornos mentales con 24,9 % <sup>(9)</sup>.

## Utilización de los servicios de salud y costos de los trastornos de ansiedad

Algunos estudios han mostrado que la mitad de los casos de trastornos de ansiedad son reconocidos y solo un tercio reciben tratamiento <sup>(10)</sup>. El uso de los servicios también difiere según el trastorno por ejemplo el 54,4 % de los pacientes con trastorno de pánico, pero solo el 27,3 % de los pacientes con fobias buscan atención en salud y los pacientes con trastorno de pánico asumen que tienen un problema médico más que psiquiátricos y por tanto acuden repetidas veces a servicios de urgencias <sup>(11)</sup>.

En 2004 se estimó que los costos de los trastornos de ansiedad en la Unión Europea estaban alrededor de 41 billones de euros y un estudio alemán mostró que los excesos de costos asociados con los trastornos de ansiedad estaban en un rango de 500 a 1600 euros por caso en 2004 <sup>(12)</sup>. Consecuente con esto, la pérdida de días laborales por trastornos de ansiedad es mayor que la de problemas somáticos comunes como la diabetes <sup>(13)</sup>.

## Comorbilidad

La mayoría de los estudios muestran un gran solapamiento de los trastornos de ansiedad entre ellos mismos y con otros trastornos mentales <sup>(14)</sup>.

## Características clínicas

El síndrome general de ansiedad comprende diversos síntomas, los cuales pueden agruparse según sus características en: 1) síntomas motores, 2) síntomas de hiperactividad vegetativa y 3) síntomas de hipervigilancia (tabla 17).

**Tabla 17.** Síntomas ansiosos más comunes en los diferentes trastornos de ansiedad.

SINDROME GENERAL DE ANSIEDAD	
Síntomas motores	Temblor
	Fatigabilidad
	Contracción muscular
	Inquietud
Síntomas de hiperactividad vegetativa	Dificultad para respirar o sensación de ahogo
	Palpitaciones o taquicardia
	Sudoración o manos frías y húmedas
	Boca seca
	Mareos o sensación de inestabilidad
	Náuseas, diarrea u otras molestias abdominales
	Sofocos o escalofríos
	Micción frecuente
Síntomas de hipervigilancia	Dificultad para deglutir o sensación de nudo en la garganta
	Sensación de que va a suceder algo malo
	Respuesta de alarma exagerada
	Dificultad para concentrarse o tener la "mente en blanco"
	Dificultad para conciliar el sueño
Irritabilidad	

**Fuente:** Elaboración propia

## Neurobiología de la ansiedad

Desde el punto de vista filogenético, se ha preservado un sistema neuronal establecido tempranamente en la evolución, a través de funciones y comportamientos básicos como la alimentación, la actividad sexual y las reacciones de lucha y huida. Las estructuras responsables de estas respuestas son entre otras, el sistema límbico y el locus ceruleus.

Se han descrito algunos mecanismos neurobiológicos en la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad como la hiperactividad adrenérgica, la disfunción serotoninérgica, dopaminérgica y del factor liberador de corticotropina, además de una hipersensibilidad de los receptores de colecistoquinina <sup>(15)</sup>.

## Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad

Si bien hasta hace algunas décadas los trastornos de ansiedad, se consideraban secundarios a conflictos intrapsíquicos, hoy en día se acepta que, en el origen de los trastornos de ansiedad, participan numerosos factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos, sociales, traumáticos y del aprendizaje y que las confluencias de estos factores producirán una mayor o menor vulnerabilidad a sufrir de un trastorno ansioso.

## Tratamiento de los trastornos de ansiedad

En un meta-análisis realizado por Bandelow et al., el cual incluyó 37 333 pacientes en 234 estudios y comparó la eficacia de tratamientos farmacológicos, psicológicos y combinados para tres trastornos ansiosos (ansiedad generalizada, pánico y fobia social), encontraron que el tratamiento farmacológico se asoció con un mayor efecto (d Cohen= 2,02 (1,90-2,15) comparado con el efecto de las psicoterapias (1,22 (1,14-1,30),  $p < 0,0001$  <sup>(15)</sup>). Sin embargo, la decisión de escoger psicoterapia, farmacoterapia o ambos, deberá ser una decisión tomada con cada paciente, luego de evaluar beneficios, riesgos y preferencias.

Un meta-análisis reciente realizado por Batelaan et al.,<sup>(17)</sup> el cual incluyó 5233 pacientes en 28 estudios, para mirar el efecto de la suspensión del tratamiento farmacológico en el año siguiente, mostró que la prevalencia de recaída fue de 36,4 % (30,8 % a 42,1 %) para el grupo placebo y 16,4 % (12,6 % a 20,1 %), para el grupo de antidepresivos, por lo cual concluyen que dada la cronicidad de los trastornos de ansiedad, la duración de los tratamientos debería ser determinado por las preferencias de los pacientes, los efectos adversos de los medicamentos y el alto riesgo de recaída.

## Trastorno de pánico

El ataque de pánico es lo nuclear de este trastorno. Se caracteriza por una constelación de síntomas que se desarrollan rápidamente y alcanzan un pico máximo de intensidad alrededor de los 10 minutos, generalmente no sobrepasan los 20 a 30 minutos, y raramente superan la hora.

Para hablar de un trastorno de pánico, los ataques de pánico deben ser recurrentes y no ser secundarios a otras condiciones médicas, uso de sustancias u otro trastorno mental. Los ataques de pánico pueden ocurrir de forma espontánea o situaciones (en lugares donde han ocurrido previamente otros ataques de pánico). En algunas personas pueden ocurrir durante el sueño y en pocos casos se puede presentar el ataque de pánico sin el componente psicológico del ataque, lo que se ha denomina "ataque de pánico sin miedo" <sup>(18)</sup>.

## Modelos etiológicos

Numerosas teorías han sido propuestas para explicar las bases biológicas del trastorno de pánico que incluyen la disfunción de varios sistemas de neurotransmisión (serotonina, noradrenalina, GABA, pentagastrina-colecistokinina), además del modelo del lactato que postula una actividad metabólica aberrante inducida por el lactato, una hipersensibilidad en receptores cerebrales al dióxido de carbono y el modelo neuroanatómico que sugiere que los ataques de pánico son mediados por una hiperactividad del circuito del miedo que comprende la amígdala, hipocampo, sustancia gris periacueductal, locus ceruleus, tálamo, cíngulo y corteza orbitofrontal. La hipótesis genética se sustenta en que la heredabilidad del pánico es entre 25 a 50 % según estudios familiares y en gemelos. Se han encontrado asociaciones con los cromosomas 13q, 22q, 7p y 9q31. Algunos genes candidatos incluyen ADR2A, 10832/T, CCK, 5-HT1A, 5-HT2A, COMT y CRH <sup>(19)</sup>

## Epidemiología

La prevalencia de vida para el trastorno de pánico se ha reportado entre 1,5 % a 3,7 % y para los ataques de pánico de 7 % a 9 %. En un estudio realizado por Kessler et al., encontraron una prevalencia de 22,7 % para ataque de pánico aislado en la vida y de 11,2 % en los últimos 12 meses, en tanto que 3,7 % alcanzaron criterios para trastorno de pánico sin agorafobia en la vida y 1,1 % para trastorno de pánico con agorafobia <sup>(20)</sup>.

En clínicas especializadas esta prevalencia es mayor, por ejemplo, en clínicas de vértigo hasta 15 % y en clínicas de síndrome coronario de 16 % a 65 %. El comienzo de los síntomas se presenta típicamente entre los 15 y 24 años y puede presentarse un segundo pico en la cuarta década. Es poco frecuente que los síntomas inicien luego de los 65 años.

Diferentes estudios han mostrado que tanto factores genéticos como ambientales interactúan generando una mayor vulnerabilidad para presentar un trastorno de pánico. Dentro de estos factores se encuentra la adversidad en la niñez, incluida la separación parental y sensibilidad al dióxido de carbono <sup>(21)</sup>.

Otros factores de riesgo asociados con trastorno de pánico son: adversidad psicosocial, matrimonio previo, raza negra y desempleo.

## Signos y síntomas

Los síntomas físicos se relacionan con la respuesta autonómica. Los más comunes son: temblor, taquicardia, taquipnea, hipertensión, sudoración, malestar gastrointestinal, dolor en el pecho, náuseas, sensación de ahogo o falta de aire, parestesias, desrealización, despersonalización. Los síntomas cognitivos más frecuentes son pensamientos relacionados con perder la razón, estar enloqueciendo o la idea de estar sufriendo un infarto al miocardio o estar en riesgo inminente de morir <sup>(22)</sup>.

## Comorbilidad

La comorbilidad con otros trastornos mentales, es elevada en personas con trastorno de pánico. Se ha reportado que al menos una condición comórbida es encontrada en el 71 % de los pacientes. Las comorbilidades más frecuentes son depresión mayor, trastorno por uso de sustancias, otros trastornos de ansiedad, trastornos de conducta <sup>(20)</sup>.

En cuanto a los síntomas respiratorios, se ha propuesto que la mayor frecuencia con la que las mujeres reportan experiencias relacionadas con dificultad para

respirar durante el ataque de pánico, puede estar relacionada con una sensibilidad diferente al dióxido de carbono que marcaría un umbral diferente para los ataques de pánico durante estados hipóxicos e hipercápnicos <sup>(23)</sup>.

## Diagnóstico diferencial

El trastorno de pánico a partir del DSM-5 no es exclusivo del trastorno de pánico y puede ocurrir en otros trastornos ansiosos y mentales. Otras enfermedades que pueden cursar con síntomas similares al pánico con: problemas endocrinos, como síndromes carcinoides, enfermedad de Cushing, hipertiroidismo, hipoglicemia, arritmias supra ventriculares, prolapso mitral, asma, epilepsia, disfunción vestibular, entre otras <sup>(24)</sup>.

## Tratamiento

La combinación de tratamiento farmacológico y psicológico es superior que cualquier tratamiento individual. La elección inicial puede depender de las preferencias del paciente, la historia previa, el riesgo y el beneficio de cada intervención, los costos y la disponibilidad de las opciones terapéuticas

## Farmacoterapia

Dentro de las opciones farmacológicas los inhibidores de la recaptura de serotonina (sertralina 50-200mg/día), escitalopram (5-10mg/día), fluoxetina (10-40mg/día), pueden ser útiles. Con el tratamiento farmacológico pueden exacerbarse los ataques de pánico, por eso se recomienda iniciar con dosis bajas posible y gradualmente aumentar. Los efectos benéficos pueden tardar hasta 12 semanas para ser plenos. El tratamiento se debe continuar como mínimo por 12 a 18 meses y la discontinuación del tratamiento debe ser gradual. Los síntomas pueden reaparecer en una alta proporción de pacientes (50 %-70 %) en cuyo caso se debe reiniciar el tratamiento.

## Psicoterapia

La psicoterapia puede tener diferentes orientaciones. La cognitivo comportamental enfoca el manejo a la evitación fóbica mediante la exposición, el uso de la relajación y el control de la respiración, esta última estrategia puede ser efectiva en un 58 % a 83 %. Los métodos cognitivos enseñan al paciente a responder a las sensaciones corporales a identificar y manejar las distorsiones cognitivas y la catastrofización <sup>(25)</sup>.

## Curso y pronóstico

En estudios longitudinales se ha observado que el curso del trastorno de pánico es crónico y recurrente <sup>(26)</sup>. Un estudio naturalista, evaluó pacientes durante tres años y encontró que tres cuartas partes de los pacientes con trastorno de pánico se encontraban libres de síntomas en comparación con solo un cuarto de aquellos con trastorno de pánico con agorafobia, lo cual los llevó a concluir que la agorafobia está asociada con peor pronóstico <sup>(27)</sup>.

Sin embargo, de un modo general se puede afirmar que los pacientes buscan atención médica al cabo de varios años, algunos proponen que entre 10 y 15 años, lo que permite observar que sin tratamiento el trastorno, se vuelve crónico. Con el tratamiento la recuperación funcional se observa en el 25 % - 75 % de los pacientes en los primeros dos años de tratamiento, cayendo a 10 % a 30 % luego de 5 años. A largo plazo solo el 50 % experimentan síntomas leves. El peor pronóstico se ha asociado

con marcada agorafobia, bajo nivel económico, menor educación, largo tiempo sin tratamiento, pobre red social, divorcio, soltero y trastorno de personalidad <sup>(28)</sup>.

## Agorafobia

La esencia de la agorafobia es la ansiedad y los síntomas de pánico asociados con lugares o situaciones donde la persona considera que puede ser difícil escapar o recibir ayuda como por ejemplo lugares públicos, transporte público o permanecer solo en casa <sup>(29)</sup>.

### Epidemiología

La agorafobia sola es relativamente rara: 0,3 % a 1 % de prevalencia en la vida y 30 % a 50 % de los pacientes diagnosticados con trastorno de pánico tienen agorafobia. Con dos picos de presentación: uno entre los 15 a 24 años y el segundo entre los 35 y los 44 años. El pánico con agorafobia es tres veces más frecuente en mujeres <sup>(30)</sup>.

### Comorbilidad

Se ha reportado comorbilidad con el trastorno de pánico, la depresión y otros trastornos de ansiedad, al igual que con los trastornos por uso de sustancias en especial por alcohol. Los factores etiológicos y el tratamiento son similares a los descritos en pánico.

## Fobias simples o específicas

La esencia de una fobia simple es el miedo excesivo, recurrente, irracional y anticipado frente a la presencia de un objeto o situación específica, frente a lo cual se hacen esfuerzos claros y conscientes por evitar ese objeto o situación. Se han agrupado en cinco categorías: animales, aspectos de la naturaleza, sangre inyecciones/daño, situacionales y otras <sup>(31)</sup>.

### Epidemiología

En el estudio mundial de salud mental se encontró una prevalencia de vida de 7,4 % y en los últimos 12 meses de 5,5 %, siendo mayor en las mujeres 9,8 % vs 7,7 % en los hombres. La edad mediana de inicio fue los 8 años <sup>(30)</sup>. Las fobias a los animales y situacionales son más comunes en las mujeres. La edad de inicio depende del tipo de fobia, por ejemplo, para la sangre es alrededor de los 7 años a las inyecciones a los 8 años, los animales a los 15 años y situacionales alrededor de los 20 años.

### Etiología

Tanto factores genéticos como ambientales juegan un papel en la presencia de una fobia simple. La respuesta de miedo condicionado relacionado a una situación traumática con evitación condicionada, dispara la respuesta condicionada al evocar la situación original. También se ha observado una heredabilidad de 25,9 % en gemelos monoigóticos y de 11,0 % en dizigóticos para la fobia animal <sup>(33)</sup>.

### Comorbilidad

El riesgo de presentar otro trastorno mental a lo largo de la vida es del 80 %, especialmente para los trastornos de ansiedad (pánico y fobia social), trastornos afectivos

(depresión, manía). En un estudio realizado por Lieb et al., <sup>(34)</sup>, encontraron que la fobia específica se asocia con el inicio posterior de otros trastornos de ansiedad, depresión, conducta alimentaria y obsesivo compulsivo.

## Diagnóstico diferencial

Para diferenciar una fobia específica de un trastorno de pánico, el miedo del pánico es a tener un nuevo ataque de pánico, en la agorafobia, la fobia social y la hipocondriasis el miedo es a enfrentar una situación social o padecer una enfermedad <sup>(35)</sup>. Con el trastorno obsesivo compulsivo el miedo a un objeto o situación es por los pensamientos obsesivos o la rumiación y en la psicosis el miedo o la evitación es mediado por la idea delirante <sup>(35)</sup>.

## Tratamiento

La terapia psicológica centrada en la exposición es el tratamiento de elección. El objetivo es reducir la respuesta de miedo, logrando una desensibilización sistemática con relajación y exposición gradual a través de imaginación o exposición directa. De un modo más reciente la realidad virtual también ha facilitado este tipo de experiencias terapéuticas.

La opción farmacológica no es usada con frecuencia, reservándose solo para casos graves en los cuales se quiere reducir el miedo y la evitación para permitir la exposición. Se han empleado benzodiazepinas y beta bloqueadores <sup>(36)</sup>.

## Curso y pronóstico

Sin tratamiento este trastorno tiende a ser crónico y recurrente.

## Fobia social

La característica esencial de la fobia social es la ansiedad incapacitante con síntomas psicológicos y/o autonómicos que no son secundarios a pensamientos delirantes u obsesivos y que se restringen a situaciones sociales particulares, donde el deseo de escapar o evitarlas, refuerza fuertemente la creencia irracional de no ser adecuado socialmente. Esta ansiedad no es secundaria a un pensamiento obsesivo o restringido a una situación social en particular <sup>(37)</sup>.

## Epidemiología

La prevalencia de vida puede variar ampliamente entre 2,4 % a 12,1 %. En un estudio reciente realizado en 2017 por el consorcio mundial de epidemiología psiquiátrica, reportó una prevalencia de vida de 4,0 %, en los últimos 12 meses de 2,4 % <sup>(38)</sup>.

Se ha dicho que se presenta por igual en hombres y mujeres, sin embargo, otro estudio, realizado en 2018, mostró que es más frecuente en mujeres y también más grave el distrés subjetivo <sup>(39)</sup>. La distribución es bimodal con dos picos a los 5 años y entre los 11 y 15 años, pero los síntomas pueden aparecer hasta los 30 años.

## Etiología

Factores genéticos y ambientales han sido descritos asociados con la fobia social. La predisposición a interpretar las situaciones como peligrosas tiene un componente genético en tanto que la interpretación de las claves sociales es determinada por el ambiente. La influencia de los padres y figuras de apego es clave en

el aprendizaje de patrones de conducta, así como factores del temperamento, relaciones interpersonales y eventos vitales <sup>(40)</sup>.

### Signos y síntomas

Los síntomas somáticos incluyen temblor, boca seca, transpiración, sonrojarse, además de sentimientos de humillación, inadecuación en el comportamiento. Las personas se autocritican por el desempeño social que consideran inadecuado y esto les genera problemas escolares, laborales, sociales. Con frecuencia aparecen pensamientos suicidas. En jóvenes se ha descrito aislamiento y mayor riesgo de victimización por pares <sup>(41)</sup>.

Más recientemente se han planteado hipótesis de si el trastorno de personalidad evitativo y la fobia social se encuentran en un continuum de gravedad sintomática y si bien se encontró asociación entre los dos trastornos, las personas con el trastorno de personalidad evitativo presentaban un menor funcionamiento social, mayor distrés, mayor cantidad de síntomas que aquellos con una ansiedad social pura. Por lo tanto, se ha asumido que la personalidad evitativa es la variante más grave del trastorno de ansiedad social, sin embargo, estudios más recientes han encontrado diferencias sustanciales entre uno y otro trastorno, por tanto, se requieren más estudios que permitan comprender la forma como se relacionan estos trastornos mentales <sup>(42)</sup>.

### Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Se presenta una alta comorbilidad con otros trastornos mentales incluida la fobia simple, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, depresión y trastorno por uso de sustancias <sup>(35)</sup>. Otros trastornos de ansiedad, pobres habilidades sociales, rasgos evitativos y ansiosos de la personalidad, así como ideas delirantes y trastorno por uso de sustancias.

### Tratamiento psicológico

La terapia cognitivo conductual grupal o individual debe ser considerada la primera línea de tratamiento en asociación con inhibidores de la recaptura de serotonina para evitar las recaídas sintomáticas. Los componentes del tratamiento incluyen entrenamiento en relajación, manejo de la ansiedad, entrenamiento en habilidades sociales, métodos de exposición gradual y reestructuración cognitiva <sup>(43)</sup>.

### Farmacológica

Los betabloqueadores como el atenolol pueden disminuir la respuesta autonómica en ansiedad social de desempeño. Para ansiedad social más generalizada el escitalopram (5-10 mg/día), la fluoxetina (10-40 mg/día), la sertralina (25 a 200 mg/día) pueden ser útiles. Siempre iniciar en dosis bajas y titular lentamente <sup>(44)</sup>.

### Curso

Sin tratamiento, la fobia social tiene un curso crónico. Extrema inhibición en la niñez puede ser una manifestación temprana de fobia social. Con tratamiento combinado las respuestas son del 90 %. En estudios prospectivos las tasas de remisión de la fobia social varían entre 36 % y 93 % y en estudios retrospectivos entre 3 % y 80 %. El promedio de remisión en estudios prospectivos es del 50 % y 79 % si se considera una remisión parcial de síntomas <sup>(45)</sup>.

## Trastorno de ansiedad generalizada

La preocupación excesiva con sentimientos de aprehensión acerca de las situaciones cotidianas con síntomas de tensión muscular, que causa suficiente distrés y compromiso funcional, es lo que caracteriza el trastorno de ansiedad generalizada <sup>(46)</sup>.

### Epidemiología

En un estudio reciente, Ruscio et al., <sup>(47)</sup> incluyeron 147 261 adultos de 18 a 99 años de 26 países y encontraron una prevalencia de vida para trastorno de ansiedad generalizada de 3,7 % y en los últimos 12 meses de 1,8 %, si bien la prevalencia varía ampliamente entre los diferentes países con prevalencias de hasta 5,0 % en países de más altos ingresos hasta 2,8 % en países de ingresos medios y 1,6 % en países de ingresos bajos. También encontraron que típicamente el trastorno comienza en la adultez y persiste en el tiempo con un curso clínico más persistente en países de ingresos bajos.

La comorbilidad es alta (81,9 %), particularmente con trastornos afectivos (63 %) y otros trastornos de ansiedad (51,7 %).

### Etiología

El trastorno de ansiedad generalizada es una condición clínica con un riesgo genético moderado, donde la heredabilidad es de aproximadamente 30 %. Se han encontrado algunos genes susceptibles dentro de los sistemas serotoninérgicos y catecolaminérgicos (5-HTT, t-HT1A, MAOA) como también en el gen del BDNF (factor neurotrófico derivado del cerebro <sup>(48)</sup>). Desde el punto de biomarcadores, este es un trastorno un tanto huérfano, posiblemente por la frecuente comorbilidad con depresión mayor, y el hecho de que no sea considerado por algunos como un trastorno mental independiente <sup>(49)</sup>.

Como otros trastornos de ansiedad, la ansiedad generalizada corre en familias y la presencia en un familiar de primer grado predice un incremento de dos veces el riesgo de un trastorno de ansiedad y cinco veces para trastorno de ansiedad generalizada <sup>(53)</sup>. Pero la transmisión de este trastorno no tendría que ser sólo de tipo genético, sino también ambiental donde los comportamientos de los padres, que limitan la exposición a estímulos ansiosos, por lo tanto, podrían prolongar el miedo/ansiedad, y contribuirían a la transmisión ambiental de la ansiedad generalizada. También padres estresados que usan la preocupación como forma de afrontar con altos niveles de evitación e intolerancia de la incertidumbre <sup>(50)</sup>.

El sistema atencional y la regulación de las emociones son cruciales en la ansiedad. El estudio de la preocupación como un rasgo característico de la ansiedad y particularmente de la ansiedad generalizada, se ha encontrado que se producen sesgos atencionales frente a la información que se procesa y a las claves ambientales <sup>(51)</sup>.

### Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Tanto la comorbilidad como el diagnóstico diferencial se hará con otros trastornos de ansiedad como fobias simples, fobia social, trastorno de pánico, depresión mayor, trastorno por uso de sustancias. Como diagnósticos diferenciales también se deben considerar otras condiciones médicas como hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, hipoglicemia, feocromocitoma, anemia, porfiria, enfermedad vestibular, arritmias, falla cardíaca, asma, hipoxia, efectos secundarios de medicamentos (antihipertensivos, antiarrítmicos, broncodilatadores, anticolinérgicos, antidepresivos, antipsicóticos, suspensión de benzodiazepinas y otros sedantes, levotiroxina, entre otros) <sup>(52)</sup>.

## Tratamiento

La mejor opción de tratamiento para los casos más graves es la combinación de farmacoterapia y psicoterapia.

**Psicoterapia:** recientemente se han venido implementando modelos de terapia cognitivo comportamental a través de dispositivos móviles los cuales son costo efectivo tanto para el tratamiento como para la prevención <sup>(53)</sup>.

**Farmacoterapia:** los inhibidores de la recaptura de serotonina pueden ser útiles en el tratamiento. El escitalopram (10-20 mg/día), la sertralina (50-200 mg/día) y la fluoxetina 20-60 mg/día<sup>(54)</sup>. Las benzodiacepinas, solo deben usarse por tiempos cortos, menores de 12 semanas.

## Curso

El curso es crónico y discapacitante, sin tratamiento. La remisión de los síntomas sin tratamiento es menor de 30 % en tres años, sin tratamiento.

## Trastorno de estrés postraumático

La característica fundamental de este trastorno es que los síntomas (re experimentación del evento, hiperactivación autonómica, evitación y entumecimiento emocional), aparecen luego de la exposición a un evento traumático.

## Epidemiología

Si bien la mayoría de las personas experimentarán alguna experiencia traumática en sus vidas, la prevalencia de vida del trastorno de estrés postraumático según el estudio de salud mental mundial, se sitúa en un rango de 1,3 % a 8,8 %<sup>(55-56)</sup>. Las prevalencias son mayores cuando el determinante del estrés es violencia interpersonal <sup>(57)</sup>. También se ha encontrado que la historia previa de trauma es un factor de riesgo para la aparición de estrés postraumático y de manera especial cuando los eventos traumáticos previos han sido relacionados con violencia interpersonal o presenciar violencia extrema <sup>(58- 59)</sup>.

En un estudio que incluyó 34 676 participantes, 55 % de ellos hombres con una edad promedio de 43 años, se encontró que del total de los hombres, el 70,3 % habían estado expuestos por lo menos a un evento traumático en la vida y el promedio de eventos traumáticos fue de 4,5. El evento traumático que tuvo una asociación más fuerte con estrés postraumático fue el abuso sexual (OR 2,7, IC 95 % 2,0 - 3,8) y presenciar atrocidades (OR 4,2, IC 95 % 1,0 - 17,8) La exposición previa a ciertos tipos de violencia, pero no a todos, se asoció con más vulnerabilidad (asalto físico: OR 3,2, IC 95 % 1,3-7,9) <sup>(60)</sup>.

## Síntomas clínicos

Los tres dominios sintomáticos del estrés postraumático son la re-experimentación del evento traumático , en segundo lugar, la evitación persistente de estímulos asociados con el trauma y una respuesta emocional "anestesiada" frente a lo cotidiano y, en tercer lugar, los síntomas persistentes de activación como hipervigilancia, no poderse quedar dormido, dificultad para concentrarse, irritabilidad o ataques de ira <sup>(61)</sup>.

## Mecanismos patofisiológicos

La compleja presentación sintomática del estrés postraumático está asociada con alteraciones importantes en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), además de la activación de la función inmune e inflamatoria que tienen importantes efectos en el sistema nervioso central como cambios en el sueño, el nivel de conciencia, entre otros y el compromiso del sistema nervioso autónomo puede explicar síntomas cardiovasculares, respiratorios y gastrointestinales presentes en estos pacientes. Los pacientes con estrés postraumático tienen un riesgo mayor que la población general de sufrir hipertensión lo cual se ha relacionado con el estado pro-inflamatorio, y esto además contribuye al riesgo mayor de enfermedad coronaria y arritmias. En cuanto a los síntomas respiratorios, se ha descrito un mayor riesgo de asma, diabetes mellitus y enfermedades autoinmunes <sup>(61)</sup>.

En estudios de neuroimagen se ha observado disminución del volumen del hipocampo lo cual explica en parte, los importantes problemas de memoria de estos pacientes. También se ha observado disfunción de la amígdala, hipocampo, córtex prefrontal. El estado de hiperalerta está medido por el cíngulo anterior, corteza prefrontal y tálamo. Los síntomas disociativos por corteza parietal, occipital y temporal.

## Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo se han descrito la baja educación, clase social baja, afrocaribeño, hispano, sexo femenino, problemas psiquiátricos previos, gravedad del trauma, que la vida se haya visto amenazada, disociación peritraumática. Dentro de los factores protectores se encuentra un alto coeficiente intelectual, ser hombre, caucásico <sup>(62)</sup>.

## Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Es frecuente la comorbilidad con trastornos afectivos, ansiosos, de somatización y por uso de sustancias <sup>(63)</sup>. Se debe diferenciar el trastorno de estrés postraumático del trastorno por estrés agudo, el trastorno de ajuste, otros trastornos ansiosos, trastorno afectivo y psicosis <sup>(62)</sup>.

## Tratamiento

La mejor opción es la combinación de tratamiento farmacológico y psicológico.

Estudios meta-analíticos apoyan la eficacia de la terapia cognitivo conductual y la desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares. También ha sido probada la hipnoterapia, la terapia psicodinámica y terapia de soporte.

Los inhibidores de recaptura de serotonina como la sertralina (50-200 mg/día), escitalopram (10-20 mg/día) y fluoxetina (20-60 mg/día) pueden ser útiles. Otros medicamentos han sido usados como el prazosina y la mirtazapina para problemas del sueño <sup>(63)</sup>.

## Pronóstico

Cerca del 50 % de los pacientes se recupera en el primer año, pero un 30 % se volverán crónicos. El pronóstico dependerá de la gravedad de los síntomas iniciales, el tipo de trauma y los recursos personales con que cuente la persona para afrontarlos además del apoyo que reciba <sup>(62)</sup>.

## Trastorno obsesivo compulsivo

En el DSM-5 el trastorno obsesivo compulsivo fue transferido de los trastornos de ansiedad a un nuevo grupo de trastorno obsesivo y otros trastornos relacionados. La característica esencial del trastorno obsesivo compulsivo es la presencia de obsesiones y compulsiones que causan distrés e interfieren con el funcionamiento individual y social de la persona puesto que la persona siente que su comportamiento es determinado por dichas características.

Una obsesión puede definirse como un pensamiento, imagen o impulsos, que carecen de sentido, que la persona intenta ignorar, suprimir o neutralizar con otro pensamiento o con una acción y que genera ansiedad. Una compulsión puede definirse como comportamientos ritualizados repetitivos de tipo motor y no motor (mental), que se ejecutan con el propósito claro de reducir la ansiedad que genera las obsesiones <sup>(64)</sup>.

Los contenidos obsesivos/compulsivos más frecuentes son: el chequeo o la verificación (63 %), el lavado (50 %), la contaminación (45 %), duda (42 %), miedos corporales (36 %), conteo (36 %), simetría (31 %) y pensamientos agresivos (28 %).

### Etiología

Los estudios han señalado clásicamente una disfunción en la neurotransmisión serotoninérgica. También se han propuestos factores autoinmunes contra los ganglios basales, por ejemplo, como ocurre en los síntomas obsesivos asociados a la Corea de Sydenham. En estudios de neuroimagen se han identificado disminución del tamaño del núcleo caudado, con hipermetabolismo orbitofrontal, ganglios basales y cíngulo que se normaliza con el tratamiento exitoso. Los estudios genéticos han mostrado una concordancia en gemelos homocigóticos de 50 % a 80 %, en dizigóticos de 25 % y en familiares de primeros grados se identifican 3 a 7 % de afectados. Desde el punto de vista psicológico, se observa una incapacidad para controlar estados internos displacenteros, las obsesiones son condicionadas con la ansiedad que provoca el evento y las compulsiones son aprendidas como la forma de reducir o evitar la ansiedad.

### Epidemiología

El trastorno obsesivo compulsivo es una de las principales causas de discapacidad en el mundo <sup>(65)</sup>. Algunos estudios han encontrado una prevalencia en la vida de trastorno obsesivo compulsivo en un rango de 1,9 % a 3,0 % <sup>(65)</sup>.

El comienzo del trastorno es en la adultez joven si bien cerca del 50 % de los casos inician durante la niñez o adolescencia y el comienzo luego de los 40 años es inusual. Se observa una tendencia a un inicio más temprano en los hombres. El trastorno tiene un curso crónico. Sólo 5 % a 10 % de los casos tienen una remisión espontánea, en tanto que un 5 % a 10 % tienen un empeoramiento progresivo <sup>(66)</sup>.

### Diagnóstico diferencial y comorbilidades

Se deben considerar trastornos psicóticos, si bien pueden existir trastornos obsesivos con pobre introspección. La comorbilidad es frecuente, particularmente con otros trastornos de ansiedad y afectivos <sup>(64)</sup>.

### Tratamiento

Tres modalidades de tratamiento se encuentran disponibles para los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo: psicoterapia, farmacoterapia y modulación ce-

rebral. Si bien cada una de ellas se puede aplicar de forma independiente, son más exitosas la psicoterapia y farmacoterapia de forma combinada <sup>(67)</sup>.

La terapia cognitiva comportamental es útil en trastorno obsesivo compulsivo. El objetivo de la terapia es identificar el patrón de pensamientos que tiene una influencia negativa sobre el comportamiento, tales como las obsesiones y las compulsiones. La farmacoterapia, se orienta a medicamentos que inhiben la recaptura de serotonina (ISRS) y de los tricíclicos la clomipramina. A pesar de los beneficios de la farmacoterapia, un 40 % de los pacientes pueden responder menos al tratamiento <sup>(68)</sup>.

La estimulación cerebral mediante la terapia electroconvulsiva y la estimulación magnética transcraneana han sido reportadas como útiles en un pequeño número de pacientes <sup>(69,70)</sup>.

## Curso

El trastorno obsesivo es una condición neuropsiquiátrica discapacitante que afecta a un número considerable de la población y genera gran sufrimiento y discapacidad. Su curso sin tratamiento tiende a ser crónico y a pesar del tratamiento algunos pacientes no tendrán una evolución favorable.

## Trastorno de ansiedad por separación

La esencia de este trastorno es el miedo o ansiedad inapropiada y excesiva frente a la separación de la figura de apego. Además, se puede acompañar de estrés excesivo y recurrente y pensamientos catastróficos de lo que podría ocurrir en el tiempo de la separación. Para evitar la separación, la persona puede rehusarse a ir a estudiar, trabajar, dormir o realizar actividades lejos de la figura de apego. Además, se pueden presentar pesadillas recurrentes con temas relacionados con la separación, cefalea, dolor abdominal, náuseas o vómito cuando se anticipa o se da la separación de la figura de apego <sup>(71)</sup>.

## Etiología

La ansiedad de separación es para algunos, una conexión indisoluble con características anatómicas y funcionales que marcaron la emergencia de los mamíferos. Dentro de estos hitos evolutivos se encuentra el aumento y plasticidad del comportamiento lo que se relaciona con un mayor vínculo madre-hijo a través de un claro mecanismo del apego que da emergencia a la ansiedad de separación <sup>(72)</sup>.

Por tanto, el trastorno de ansiedad por separación debe ser comprendido a la luz de la historia de la evolución biológica y cultural de la humanidad. Alguna evidencia más reciente indica que la exposición temprana a adversidad y factores genéticos pueden interactuar elevando el riesgo de que se presente un trastorno de ansiedad por separación. También se ha postulado que este trastorno de ansiedad puede ser la antesala de futuros problemas de salud física y mental y que la identificación y seguimiento temprano de estos niños con inusuales y persistentes perfiles de ansiedad de separación durante los años preescolares puede constituir una estrategia con valor preventivo <sup>(73)</sup>. Se ha encontrado asociación con sexo femenino, adversidad en la niñez y exposición a eventos traumáticos a lo largo de la vida y disfunción familiar.

Se han propuesto algunos biomarcadores como hipersensibilidad al dióxido de carbono, sin embargo, esta es una característica que comparten otros trastornos de ansiedad como el pánico y lo que significaría es una disregulación respiratoria que no es específica del trastorno de ansiedad por separación <sup>(73)</sup>.

## Epidemiología

A partir de datos del estudio mundial de epidemiología psiquiátrica, se estimó la prevalencia del trastorno de ansiedad por separación en 4,8 % con un rango intercuartílico (percentiles 25 y 75) entre 1,4 % a 6,4 %. El 43,1 % de estos trastornos comenzaron luego de los 18 años <sup>(74)</sup>.

## Comorbilidad

Es alta la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad. Además, se ha encontrado comorbilidad con los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta), como también con otros trastornos internalizantes (depresión, fobias, trastorno bipolar, ansiedad generalizada) <sup>(75)</sup>.

## Diagnóstico

Si bien la ansiedad de separación ha sido tradicionalmente diagnosticada en la niñez y adolescencia, el DSM-5 suprimió la restricción de los 18 años como edad límite para la manifestación de los síntomas con base en estudios que señalan que el inicio del trastorno puede ser tardío.

La importancia del trastorno de ansiedad por separación en el adulto se verifica cuando se observa que 20 % a 40 % de los pacientes adultos con trastornos de ansiedad o afectivos tienen síntomas de separación y que entre un tercio o la mitad de los síntomas de ansiedad de separación en ellos comenzaron luego de los 18 años <sup>(76,77)</sup>.

## Diagnóstico diferencial

Es necesario diferenciarlo de un trastorno de pánico y agorafobia, donde lo que prima en la ansiedad de separación es alejarse de su figura de apego en tanto que en el pánico es el temor a sufrir el ataque de pánico en un lugar donde no se pueda tener ayuda fácilmente <sup>(77)</sup>.

## Tratamiento

El trastorno de ansiedad por separación es una condición crónica discapacitante. Sin embargo, por la reciente inclusión como un trastorno de adultos, son pocos los estudios que han explorado el tratamiento específicamente en ellos.

Se sabe que los inhibidores de la recaptura de serotonina son útiles, así como también la terapia cognitivo conductual. En niños y adolescentes se recomienda primero iniciar con tratamiento psicológico y de ser necesario por la intensidad de los síntomas dar manejo farmacológico. Siempre será útil una intervención familiar que refuerce los comportamientos adecuados que ayuden al tratamiento integral <sup>(76)</sup>.

## Resultados

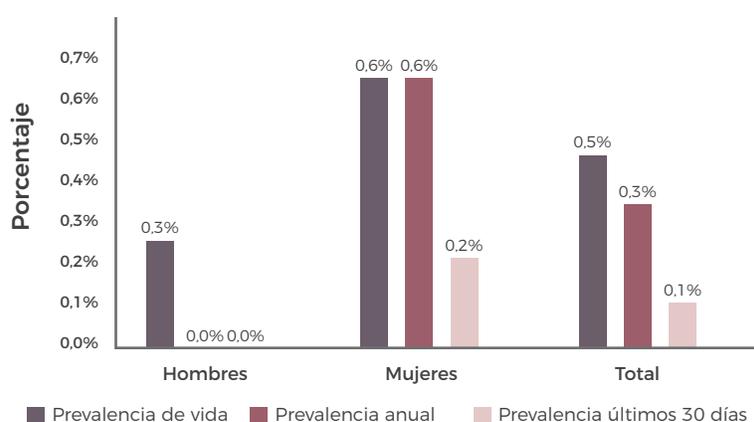
### Trastorno de pánico

#### Comportamiento según sexo

La prevalencia global en los últimos 30 días para el trastorno de pánico fue de 0,1 %. La prevalencia en los últimos 12 meses para las mujeres fue de 0,6 %. No se identificaron casos de hombres en el último año ni en el último mes. La prevalencia de vida global de trastorno de pánico fue de 0,5 % (tabla 18).

**Tabla 18.** Indicadores de prevalencia para trastorno de pánico por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95 %)	0,0 % (0,0 - 0,0)	0,2 % (0,01 - 0,7)	0,1 % (0,01 - 0,4)	0,0
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95 %)	0,0 % (0,0 - 0,0)	0,6 % (0,1 - 1,5)	0,3 % (0,01 - 0,8)	0,0
Prevalencia de vida (IC 95 %)	0,3 % (0,01 - 0,9)	0,6 % (0,1 - 1,5)	0,5 % (0,1 - 1,0)	0,4



**Figura 21.** Prevalencia de trastorno de pánico por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

## Comportamiento según grupos de edad

En los últimos 30 días y el último año, sólo se presentaron casos en el grupo de 45 a 65 años con una prevalencia de 0,32 % y 0,94 % respectivamente. En la prevalencia de vida se encontró una mayor proporción de casos en el grupo de 45 a 65 años con el 1,11 % seguido por el grupo de 15 a 18 años con el 0,78 % (tabla 19).

**Tabla 19.** Indicadores de prevalencia para trastorno de pánico por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,78 %	0,00 %	0,00 %
19 a 29 años	0,00 %	0,00 %	0,00 %
30 a 44 años	0,00 %	0,00 %	0,00 %
45 a 65 años	1,11 %	0,94 %	0,32 %
<b>Total</b>	<b>0,47 %</b>	<b>0,35 %</b>	<b>0,12 %</b>

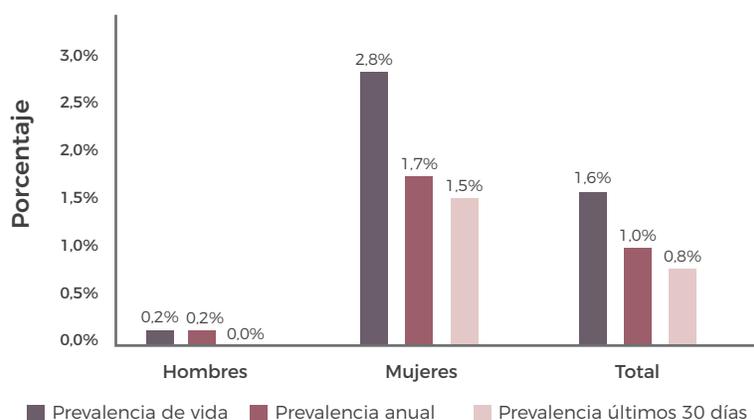
## Trastorno de ansiedad generalizada

### Comportamiento según sexo

La prevalencia global de trastorno de ansiedad generalizada en los últimos 30 días fue de 0,8 %. En este tiempo, el 1,5 % de las mujeres presentaron criterios para este diagnóstico, en tanto que no se presentaron casos en los hombres. Durante el último año la prevalencia fue de 1,0 % para el total de la población. Por cada 100 personas, hubo 2 que habían presentado ansiedad generalizada alguna vez en la vida, siendo mayor en las mujeres con el 2,8 % comparado con 0,2 % en los hombres (tabla 20).

**Tabla 20.** Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95 %)	0,0 %	1,5 %	0,8 %	0,0
	(0,0 - 0,0)	(0,2 - 2,9)	(0,1 - 1,5)	
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95 %)	0,2 %	1,7 %	1,0 %	0,1
	(0,01 - 0,7)	(0,3 - 3,2)	(0,2 - 1,8)	
Prevalencia de vida (IC 95 %)	0,2 %	2,8 %	1,6 %	0,1
	(0,01 - 0,7)	(1,0 - 4,6)	(0,6 - 2,6)	



**Figura 22.** Prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

### Comportamiento según grupos de edad

El comportamiento del trastorno de ansiedad generalizada según grupos de edad, mostró una mayor proporción de casos en los últimos 30 días en el grupo de 45 a 65 años, con el 1,77 % seguido por el grupo de 30 a 44 años con el 0,55 %. No se encontraron casos en los grupos de 19 a 29 años y de 15 a 18 años (tabla 21).

Durante los últimos 12 meses, el grupo de edad con mayor proporción de casos fue el de 45 a 65 años con 2,09 % seguido por el grupo de 30 a 44 años con 0,84 %.

En la prevalencia de vida, de nuevo el grupo de edad con mayor proporción de casos fue el de 45 a 65 años, con el 2,49 % seguido por el grupo de 19 a 29 años con el 1,39 %.

**Tabla 21.** Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada según grupos de edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,91 %	0,00 %	0,00 %
19 a 29 años	1,39 %	0,00 %	0,00 %
30 a 44 años	0,84 %	0,84 %	0,55 %
45 a 65 años	2,49 %	2,09 %	1,77 %
<b>Total</b>	<b>1,59 %</b>	<b>1,02 %</b>	<b>0,82 %</b>

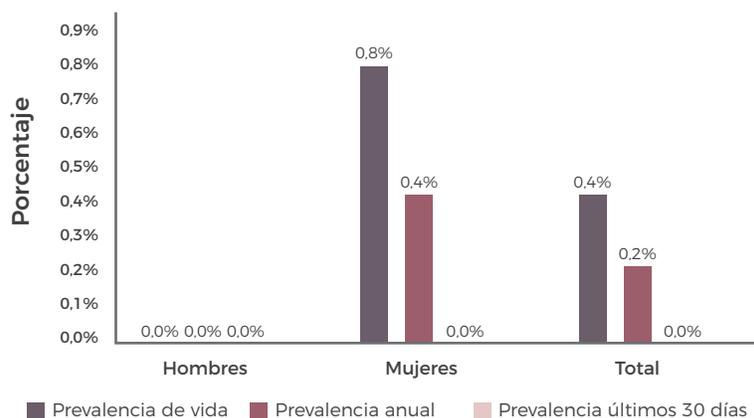
## Trastorno de agorafobia

### Comportamiento según sexo

No se presentaron casos durante los últimos 30 días. En la prevalencia de los últimos 12 meses se encontró 0,4 % para las mujeres y no hubo casos en los hombres. Se encontró una prevalencia de vida de 0,8 % para las mujeres y 0,4 % para el total (figura 23).

**Tabla 22.** Indicadores de prevalencia de trastorno de agorafobia por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95 %)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	NC*
	(0,0 - 0,0)	(0,0 - 0,0)	(0,0 - 0,0)	
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95 %)	0,0 %	0,4 %	0,2 %	0,0
	(0,0 - 0,0)	(0,1 - 1,1)	(0,01 - 0,6)	
Prevalencia de vida (IC 95 %)	0,0 %	0,8 %	0,4 %	0,0
	(0,0 - 0,0)	(0,1 - 1,8)	(0,1 - 0,9)	



**Figura 23.** Prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

## Comportamiento según grupos de edad

El comportamiento de la prevalencia de agorafobia mostró una prevalencia de vida de 0,67 % en el grupo de 30 a 44 años y para el grupo de 45 a 65 años, la prevalencia tanto de vida como en los últimos 12 meses fue de 0,62 %.

**Tabla 23.** Indicadores de prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según grupos de edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,00 %	0,00 %	0,00 %
19 a 29 años	0,00 %	0,00 %	0,00 %
30 a 44 años	0,67 %	0,00 %	0,00 %
45 a 65 años	0,62 %	0,62 %	0,00 %
<b>Total</b>	<b>0,43 %</b>	<b>0,23 %</b>	<b>0,00 %</b>

## Trastorno por fobia social

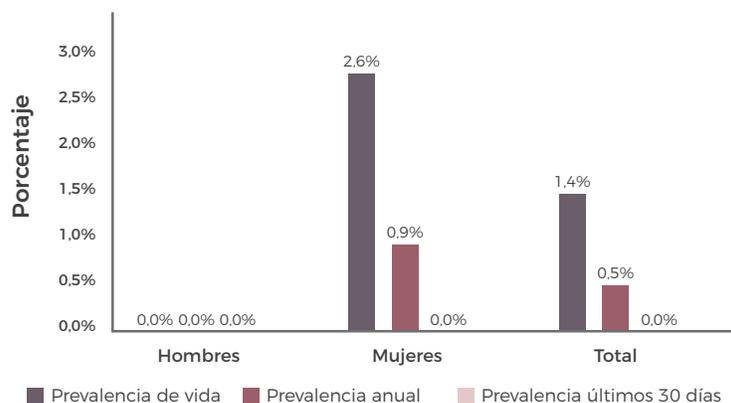
### Comportamiento según sexo

La prevalencia de fobia social según sexo, no mostró casos en los últimos 30 días. En el último año, la prevalencia para las mujeres fue de 0,9 % para una prevalencia total de 0,5 %. En cuanto a la prevalencia de vida para fobia social se encontró de 1,4 % para el total de los encuestados.

**Tabla 24.** Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia social por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95 %)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	NC*
	(0,0 - 0,0)	(0,0 - 0,0)	(0,0 - 0,0)	
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95 %)	0,0 %	0,9 %	0,5 %	0,0
	(0,0 - 0,0)	(0,1 - 1,9)	(0,1 - 1,0)	
Prevalencia de vida (IC 95 %)	0,0 %	2,6 %	1,4 %	0,0
	(0,0 - 0,0)	(0,9 - 4,3)	(0,5 - 2,3)	

**NC:** no calculado



**Figura 24.** Prevalencia para trastorno de fobia social por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

### Prevalencia según grupos de edad

El comportamiento de la prevalencia para fobia social según grupos de edad, mostró una mayor prevalencia en los últimos 12 meses en el grupo de 15 a 18 años con 0,91 %, seguido por el grupo de 19 a 29 años con 0,68 %. En la vida, la prevalencia fue mayor en el grupo de 19 a 29 años con 1,90 %, seguido por el grupo de 45 a 65 años con 1,82 % (tabla 25).

**Tabla 25.** Indicadores de prevalencia para el trastorno de fobia social por cien según grupos de edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,91 %	0,91 %	0,00 %
19 a 29 años	1,90 %	0,68 %	0,00 %
30 a 44 años	0,56 %	0,00 %	0,00 %
45 a 65 años	1,82 %	0,62 %	0,00 %
<b>Total</b>	<b>1,38 %</b>	<b>0,47 %</b>	<b>0,00 %</b>

## Trastorno de fobia específica

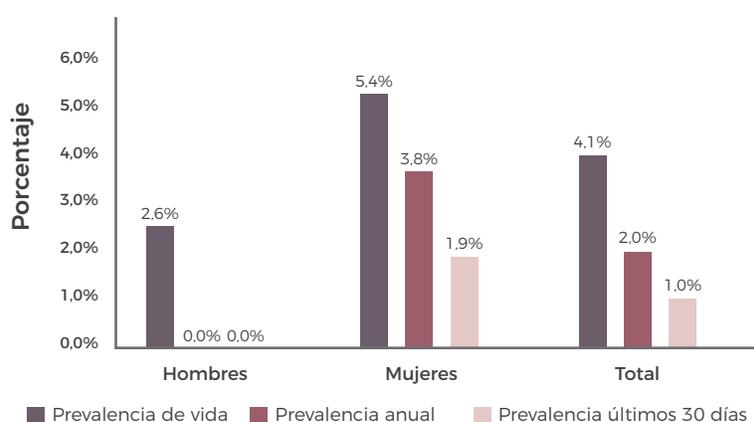
### Comportamiento según sexo

En los últimos 30 días, la prevalencia de fobia específica fue de 1,9 % en mujeres y no se presentaron casos en hombres. La prevalencia para el total de la población fue de 1,0 %. En los últimos 12 meses, la prevalencia para las mujeres fue de 3,8 % y para el total de la población 2,0 %.

La prevalencia de vida para el trastorno de fobia específica en el total de la población fue de 4,1 %, siendo mayor la proporción en mujeres en comparación con los hombres (5,4 % vs 2,6 %) (tabla 26 Y figura 25).

**Tabla 26.** Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95 %)	0,0 % (0,0 - 0,0)	1,9 % (0,4 - 3,4)	1,0 % (0,2 - 1,8)	0,0
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95 %)	0,0 % (0,0 - 0,0)	3,8 % (1,7 - 5,9)	2,0 % (0,9 - 3,2)	0,0
Prevalencia de vida (IC 95 %)	2,6 % (0,7 - 4,4)	5,4 % (3,0 - 7,9)	4,1 % (2,5 - 5,7)	0,5

**Figura 25.** Prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

## Comportamiento por grupos de edad

Se encontró para la prevalencia en los últimos 30 días, que el grupo de 30 a 44 años presentó la proporción más alta con 1,80 % seguido por el grupo de 19 a 29 años con 1,11 %. En los últimos 12 meses, la prevalencia más alta fue en el grupo de 45 a 65 años con 2,74 %, seguido por el grupo de 19 a 29 años con 1,93 %.

La mayor prevalencia en la vida fue en el grupo de 30 a 44 años con 5,45 %, seguido por el grupo de 45 a 65 años con el 4,66 %. La prevalencia más baja se encontró en el grupo de 15 a 18 años con el 0,81 % (tabla 27).

**Tabla 27.** Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,81 %	0,00 %	0,00 %
19 a 29 años	2,74 %	1,93 %	1,11 %
30 a 44 años	5,45 %	1,80 %	1,80 %
45 a 65 años	4,66 %	2,74 %	0,62 %
<b>Total</b>	<b>4,10 %</b>	<b>2,03 %</b>	<b>1,04 %</b>

## Trastorno de estrés postraumático

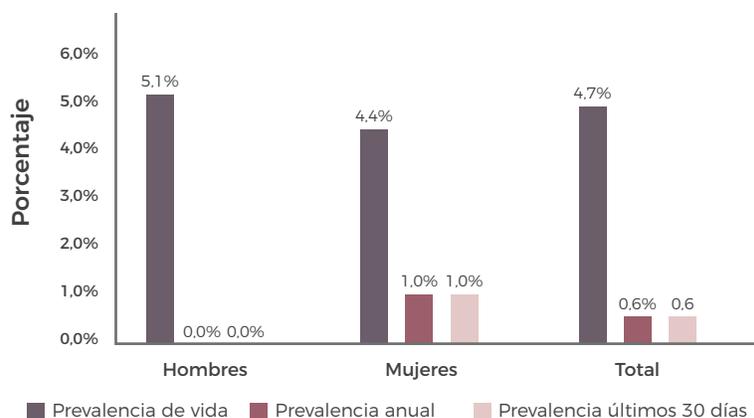
### Comportamiento por sexo

Con el trastorno de estrés postraumático se encontró que la prevalencia en los últimos 30 días y en los últimos 12 meses fue de 1,0 % para las mujeres, sin encontrarse casos en los hombres (tabla 28).

En la prevalencia de vida, se encontró una prevalencia para las mujeres de 4,4 % y de 5,1 % para los hombres, para un total de 4,7 % y una razón de 1,2 hombres por cada mujer afectada (figura 26).

**Tabla 28.** Indicadores de prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95 %)	0,0 % (0,0 - 0,0)	1,0 % (0,0 - 2,5)	0,6 % (0,0 - 1,5)	0,0
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95 %)	0,0 % (0,0 - 0,0)	1,0 % (0,0 - 2,5)	0,6 % (0,0 - 1,5)	0,0
Prevalencia de vida (IC 95 %)	5,1 % (0,9 - 9,3)	4,4 % (1,1 - 7,7)	4,7 % (2,1 - 7,3)	1,2



**Figura 26.** Prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

### Comportamientos por grupos de edad

El comportamiento del trastorno de estrés postraumático según grupos de edad, mostró que en los últimos 30 días y en los últimos 12 meses, el grupo de 19 a 29 años presentó una prevalencia de 2,21 %. El grupo de 15 a 18 años, mostró la prevalencia más alta en la vida con 10,65 % seguido por el grupo de 45 a 65 años con 5,45 % (tabla 29).

**Tabla 29.** Indicadores de prevalencia para trastorno por estrés postraumático por cien según edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	10,65 %	0,00 %	0,00 %
19 a 29 años	5,36 %	2,21 %	2,21 %
30 a 44 años	1,36 %	0,00 %	0,00 %
45 a 65 años	5,45 %	0,00 %	0,00 %
<b>Total</b>	<b>4,71 %</b>	<b>0,56 %</b>	<b>0,56 %</b>

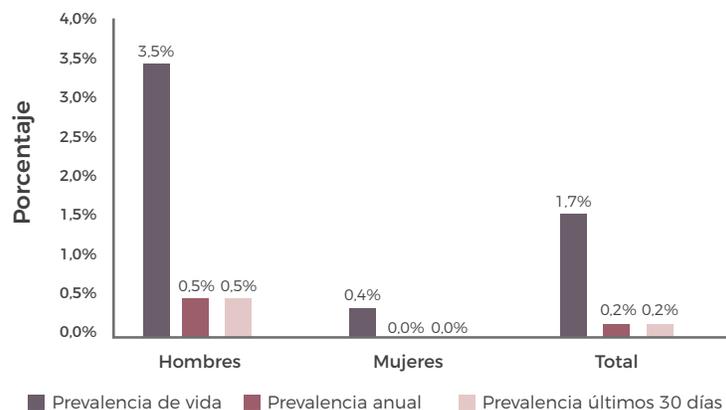
## Trastorno de ansiedad por separación

### Comportamiento según sexo

La prevalencia del trastorno de ansiedad por separación en los últimos 30 días fue mayor para los hombres con 0,5 % y con 0,2 % para el total de la población. En los últimos 12 meses, la mayor prevalencia fue para los hombres con 0,5 %. No se presentaron casos en las mujeres en estos dos periodos de tiempo (tabla 30 y figura 27).

**Tabla 30.** Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95 %)	0,5 %	0,0 %	0,2 %	NC*
	(0,1 - 1,8)	(0,0 - 0,0)	(0,01 - 0,7)	
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95 %)	0,5 %	0,0 %	0,2 %	NC*
	(0,1 - 1,8)	(0,0 - 0,0)	(0,01 - 0,7)	
Prevalencia de vida (IC 95 %)	3,5 %	0,4 %	1,7 %	9,4
	(0,1 - 6,9)	(0,1 - 1,3)	(0,1 - 3,2)	



**Figura 27.** Prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Respecto a la prevalencia de vida, se encontró una mayor cifra en los hombres con 3,5 % en comparación con 0,4 % para las mujeres. El total de la población mostró una prevalencia de 1,7 % y una razón de 9,4 hombres por cada mujer afectada.

### Comportamiento según grupos de edad

El grupo de 15 a 18 años presentó una prevalencia en los últimos 30 días, el último año y la vida de 3,28 %, siendo el único grupo que presentó casos en el último mes y el último año. En la prevalencia en la vida, se encontró que todos los grupos de edad presentan casos, siendo el grupo con mayor prevalencia el de 19 a 29 años con el 4,25 %, seguido por el de 15 a 18 años (tabla 31).

**Tabla 31.** Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	3,28 %	3,28 %	3,28 %
19 a 29 años	4,25 %	0,00 %	0,00 %
30 a 44 años	0,63 %	0,00 %	0,00 %
45 a 65 años	0,64 %	0,00 %	0,00 %
<b>Total</b>	<b>1,66 %</b>	<b>0,20 %</b>	<b>0,20 %</b>

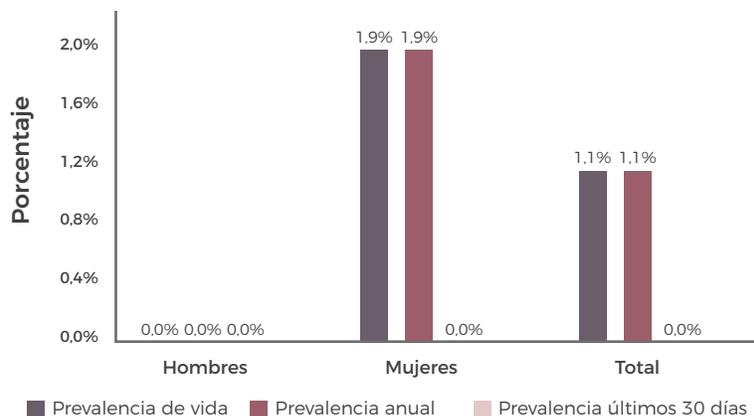
## Trastorno obsesivo compulsivo

### Comportamiento por sexo

No se presentaron casos en los últimos 30 días para trastorno obsesivo compulsivo. Durante el último año, no hubo casos en los hombres y en las mujeres se encontró una prevalencia de 1,9 %. Para el total de la población esta prevalencia fue de 1,1 % (tabla 32 y figura 28).

**Tabla 32.** Indicadores de prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 30 días	0,0 %	0,0 %	0,0 %	NC*
	(0,0 - 0,0)	(0,0 - 0,0)	(0,0 - 0,0)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,0 %	1,9 %	1,1 %	0,0
	(0,0 - 0,0)	(0,1 - 5,2)	(0,1 - 3,2)	
Prevalencia de vida	0,0 %	1,9 %	1,1 %	0,0
	(0,0 - 0,0)	(0,1 - 5,2)	(0,1 - 3,2)	



**Figura 28.** Prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.

Para la prevalencia de vida, no se encontraron casos en hombres. Para las mujeres la prevalencia fue de 1,9 % y para el total de la población fue de 1,1 %. La prevalencia en los últimos 12 meses y en la vida para las mujeres fue igual (1,9 %), lo que indica el carácter crónico del trastorno.

### Comportamiento por grupos de edad

El comportamiento del trastorno obsesivo compulsivo según grupos de edad, mostró que en el grupo de 15 a 18 años y de 30 a 44 años, no se presentaron casos. El grupo con mayor prevalencia fue el del 45 a 65 años con 2,39 % en la vida y en los últimos 12 meses, seguido por el grupo de 19 a 29 años con 1,35 % en la vida y en los últimos 12 meses (tabla 33).

**Tabla 33.** Indicadores de prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,00 %	0,00 %	0,00 %
19 a 29 años	1,35 %	1,35 %	0,00 %
30 a 44 años	0,00 %	0,00 %	0,00 %
45 a 65 años	2,39 %	2,39 %	0,00 %
Total	1,15 %	1,15 %	0,00 %

## Cualquier trastorno de ansiedad

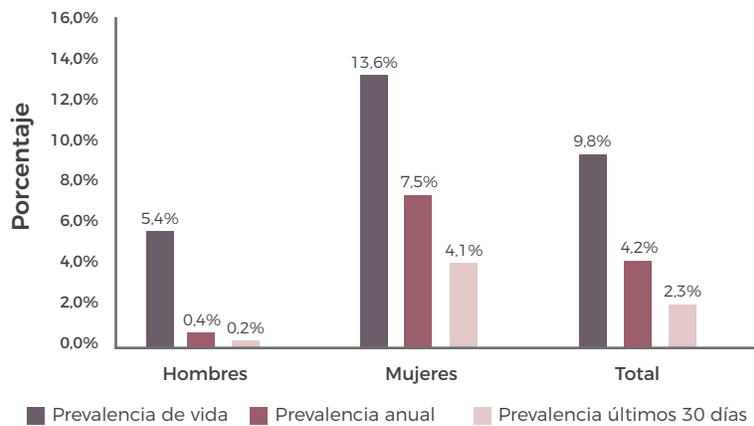
### Comportamiento por sexo

La prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad durante los últimos 30 días fue de 2,3 % para el total de la población, siendo mayor en las mujeres con un 4,1 % en comparación con 0,2 % en los hombres. En los últimos 12 meses la prevalencia para las mujeres fue de 7,5 % y para los hombres 0,4 % para un total en la población de 4,2 %.

La prevalencia de vida fue mayor para las mujeres con 13,6 % en comparación con 5,4 % en los hombres. La prevalencia total fue de 9,8 % y una razón de 0,4 hombres por cada mujer afectada (tabla 34 y figura 29).

**Tabla 34.** Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 30 días	0,2 %	4,1 %	2,3 %	0,04
	(0,01 - 0,7)	(1,9 - 6,2)	(1,1 - 3,5)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,4 %	7,5 %	4,2 %	0,05
	(0,1 - 1,1)	(4,6 - 10,3)	(2,6 - 5,8)	
Prevalencia de vida	5,4 %	13,6 %	9,8 %	0,4
	(2,7 - 8,0)	(9,9 - 17,3)	(7,4 - 12,1)	



**Figura 29.** Prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

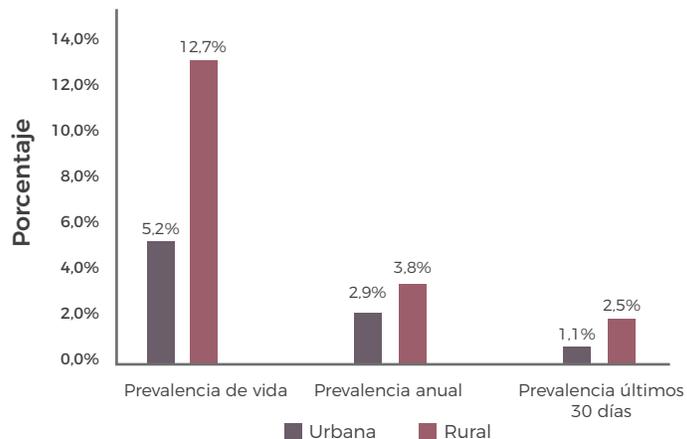
## Comportamiento por grupos de edad

La prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad según grupos de edad mostró que, durante los últimos 30 días, todos los grupos de edad presentaron casos, siendo mayor la proporción en el grupo de 45 a 65 años con 2,71 % seguido por el grupo de 30 a 44 años con 2,35 %. Durante los últimos 12 meses, de nuevo el grupo de 45 a 65 años mostró la mayor prevalencia con 6,11 % seguido por el grupo de 19 a 29 años con el 3,93 %. Con relación a la prevalencia de vida por cualquier trastorno de ansiedad se encontró que el grupo de 45 a 65 años con 11,91 % fue el más alto, seguido por el grupo de 19 a 29 años con 10,24 %.

**Tabla 35.** Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según grupos de edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	5,99 %	2,13 %	1,23 %
19 a 29 años	10,24 %	3,93 %	1,93 %
30 a 44 años	7,82 %	2,65 %	2,35 %
45 a 65 años	11,91 %	6,11 %	2,71 %
<b>Total</b>	<b>9,78 %</b>	<b>4,19 %</b>	<b>2,27 %</b>

## Comportamiento según zona de residencia



**Figura 30.** Prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según área de residencia. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

La prevalencia en los últimos 30 días, los últimos 12 meses y en la vida, para cualquier trastorno de ansiedad, fue mayor en la zona rural. En los últimos 30 días 2,5 % en la zona rural vs 1,1 % en la zona urbana. En los últimos 12 meses 3,8 % en zona rural vs 2,9 % en zona urbana.

La prevalencia de vida para cualquier trastorno de ansiedad en zona rural fue de 12,7 % vs 5,2 % en zona urbana, con una razón de 2,4 casos en zona rural por cada caso en zona urbana.

## Bibliografía

1. **Crocq M-A.** A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci.* Septiembre de 2015;17(3):319-25.
2. **Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B.** Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 6 de Marzo de 2007;146(5):317-25.
3. **Ortolani D, García MC, Melo-Thomas L, Spadari-Bratfisch RC.** Stress-induced endocrine response and anxiety: the effects of comfort food in rats. *Stress Amst Neth.* mayo de 2014;17(3):211-8.
4. **Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen H-U.** Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.* septiembre de 2012;21(3):169-84.
5. **Hinton DE.** Multicultural challenges in the delivery of anxiety treatment: Multicultural Challenges in the Delivery. *Depress Anxiety.* Enero de 2012;29(1):1-3.
6. **Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Norman RE, Flaxman AD, Blore J, et al.** The regional distribution of anxiety disorders: implications for the Global Burden of Disease Study, 2010: The Regional Distribution of Anxiety Disorders. *Int J Methods Psychiatr Res.* Diciembre de 2014;23(4):422-38.
7. **Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA.** Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med.* Mayo de 2013;43(05):897-910.
8. **Torres de Galvis Y.** Primer estudio poblacional de salud mental, Medellín, 2011-2012. Medellín: Universidad CES; 2012.
9. **Avenevoli S.** Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 1 de Abril de 2012;69(4):372.
10. **Sartorius N, Ustün TB, Lecrubier Y, Wittchen HU.** Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl.* Junio de 1996;(30):38-43.
11. **Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK.** The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry.* Febrero de 1993;50(2):85-94.
12. **Andlin-Sobocki P, Wittchen H-U.** Cost of anxiety disorders in Europe. *Eur J Neurol.* Junio de 2005;12 Suppl 1:39-44.
13. **Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al.** Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):47-54.
14. **Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE.** Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* Junio de 2005;62(6):617-27.
15. **Babaev O, Piletti Chatain C, Krueger-Burg D.** Inhibition in the amygdala anxiety circuitry. *Exp Mol Med.* 9 de Abril de 2018;50(4):18.
16. **Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D.** Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol.* Julio de 2015;30(4):183-92.
17. **Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, Scholten WD, Huijbregts KM, van Balkom AJLM.** Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ.* 13 de Septiembre de 2017;j3927.

18. **Drenckhan I, Glöckner-Rist A, Rist F, Richter J, Gloster AT, Fehm L, et al.** Dimensional structure of bodily panic attack symptoms and their specific connections to panic cognitions, anxiety sensitivity and claustrophobic fears. *Psychol Med.* Junio de 2015;45(08):1675-85.
19. **Smoller JW, Gardner-Schuster E, Covino J.** The genetic basis of panic and phobic anxiety disorders. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 15 de Mayo de 2008;148C(2):118-26.
20. **Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE.** The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* abril de 2006;63(4):415-24.
21. **Rappaport LM, Sheerin C, Carney DM, Towbin KE, Leibenluft E, Pine DS, et al.** Clinical Correlates of Carbon Dioxide Hypersensitivity in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Diciembre de 2017;56(12):1089-1096.e1.
22. **Hanisch LJ, Hantsoo L, Freeman EW, Sullivan GM, Coyne JC.** Hot flashes and panic attacks: A comparison of symptomatology, neurobiology, treatment, and a role for cognition. *Psychol Bull.* 2008;134(2):247-69.
23. **Sheikh JI, Leskin GA, Klein DF.** Gender differences in panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry.* Enero de 2002;159(1):55-8.
24. **Beamish PM, Granello PF, Granello DH, McSteen PB, Bender BA, Hermon D.** Outcome Studies in the Treatment of Panic Disorder: A Review. *J Couns Dev.* 6 de Mayo de 1996;74(5):460-7.
25. **Vincelli F, Anolli L, Bouchard S, Wiederhold BK, Zurloni V, Riva G.** Experimental cognitive therapy in the treatment of panic disorders with agoraphobia: a controlled study. *Cyberpsychology Behav Impact Internet Multimed Virtual Real Behav Soc.* Junio de 2003;6(3):321-8.
26. **Keller MB, Yonkers KA, Warshaw MG, Pratt LA, Gollan JK, Massion AO, et al.** Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: a prospective short-interval naturalistic follow-up. *J Nerv Ment Dis.* Mayo de 1994;182(5):290-6.
27. **Francis JL, Weisberg RB, Dyck IR, Culpepper L, Smith K, Orlando Edelen M, et al.** Characteristics and course of panic disorder and panic disorder with agoraphobia in primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007;9(3):173-9.
28. **Locke AB, Kirst N, Shultz CG.** Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *Am Fam Physician.* 1 de Mayo de 2015;91(9):617-24.
29. **Wittchen H-U, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Fava GA, Craske MG.** Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety.* Febrero de 2010;27(2):113-33.
30. **Stein DJ, Scott KM, de Jonge P, Kessler RC.** Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017;19(2):127-36.
31. **Becker ES, Rinck M, Türke V, Kause P, Goodwin R, Neumer S, et al.** Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *Eur Psychiatry.* Marzo de 2007;22(2):69-74.
32. **Wardenaar KJ, Lim CCW, Al-Hamzawi AO, Alonso J, Andrade LH, Benjet C, et al.** The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* Julio de 2017;47(10):1744-60.
33. **an Houtem CMHH, Laine ML, Boomsma DI, Ligthart L, van Wijk AJ, De Jongh A.** A review and meta-analysis of the heritability of specific phobia subtypes and corresponding fears. *J Anxiety Disord.* Mayo de 2013;27(4):379-88.
34. **Lieb R, Miché M, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Meyer AH, Wittchen h-u.** Impact of specific phobia on the risk of onset of mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study of adolescents and young adults: Research Article: Specific Phobia Predicts Psychopathology. *Depress Anxiety.* Julio de 2016;33(7):667-75.

35. **Eaton WW, Bienvenu OJ, Miloyan B.** Specific phobias. *Lancet Psychiatry*. Agosto de 2018;5(8):678-86.
36. **Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD.** Treatment of specific phobia in adults. *Clin Psychol Rev*. Abril de 2007;27(3):266-86.
37. **Moutier CY, Stein MB.** The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 9:4-8.
38. **WHO World Mental Health Survey Collaborators, Stein DJ, Lim CCW, Roest AM, de Jonge P, Aguilar-Gaxiola S, et al.** The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med* [Internet]. Diciembre de 2017 [citado 26 de junio de 2018];15(1). Disponible en: <http://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0889-2>
39. **Asher M, Aderka IM.** Gender differences in social anxiety disorder. *J Clin Psychol*. 18 de Abril de 2018;
40. **Spence SH, Rapee RM.** The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behav Res Ther*. 2016;86:50-67.
41. **de Lijster JM, Dieleman GC, Utens EMWJ, Dierckx B, Wierenga M, Verhulst FC, et al.** Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord*. 01 de 2018;230:108-17.
42. **Lampe L, Malhi GS.** Avoidant personality disorder: current insights. *Psychol Res Behav Manag*. 2018;11:55-66.
43. **Leichsenring F, Leweke F.** Social Anxiety Disorder. *N Engl J Med*. 08 de 2017;376(23):2255-64.
44. **Blanco C, Schneier FR, Schmidt A, Blanco-Jerez C-R, Marshall RD, Sánchez-Lacay A, et al.** Pharmacological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2003;18(1):29-40.
45. **Vriends N, Bolt OC, Kunz SM.** Social anxiety disorder, a lifelong disorder? A review of the spontaneous remission and its predictors. *Acta Psychiatr Scand*. Agosto de 2014;130(2):109-22.
46. **Gersh E, Hallford DJ, Rice SM, Kazantzis N, Gersh H, Gersh B, et al.** Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. diciembre de 2017;52:25-33.
47. **Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al.** Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*. 1 de Mayo de 2017;74(5):465.
48. **Gottschalk MG, Domschke K.** Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):159-68.
49. **Maron E, Nutt D.** Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):147-58.
50. **Aktar E, Nikolić M, Bögels SM.** Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):137-47.
51. **Goodwin H, Yiend J, Hirsch CR.** Generalized Anxiety Disorder, worry and attention to threat: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. Junio de 2017;54:107-22.
52. **Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU.** The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*. Marzo de 2001;24(1):19-39.
53. **Kumar S, Jones Bell M, Juusola JL.** Mobile and traditional cognitive behavioral therapy programs for generalized anxiety disorder: A cost-effectiveness analysis. Seedat S, editor. *PLOS ONE*. 4 de Enero de 2018;13(1):e0190554.
54. **Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H, Sturm J.** Effect of pharmacotherapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. Mayo de 2014;23(4):1141-53.
55. **Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al.** The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*. Enero de 2016;46(02):327-43.

56. **Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA.** Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Curr Opin Psychiatry*. Julio de 2015;28(4):307-11.
57. **Breslau N, Peterson EL, Schultz LR.** A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: a prospective epidemiological study. *Arch Gen Psychiatry*. Abril de 2008;65(4):431-7.
58. **Lowe SR, Walsh K, Uddin M, Galea S, Koenen KC.** Bidirectional relationships between trauma exposure and posttraumatic stress: a longitudinal study of Detroit residents. *J Abnorm Psychol*. Agosto de 2014;123(3):533-44.
59. **Smith HL, Summers BJ, Dillon KH, Cogle JR.** Is worst-event trauma type related to PTSD symptom presentation and associated features? *J Anxiety Disord*. Marzo de 2016;38:55-61.
60. **Liu H, Petukhova MV, Sampson NA, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Andrade LH, et al.** Association of DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder With Traumatic Experience Type and History in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*. 1 de Marzo de 2017;74(3):270-81.
61. **Gupta MA.** Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry*. Febrero de 2013;25(1):86-99.
62. **Brunello N, Davidson JR, Deahl M, Kessler RC, Mendlewicz J, Racagni G, et al.** Posttraumatic stress disorder: diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology*. 2001;43(3):150-62.
63. **Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S.** Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 7:22-32.
64. **Goodman WK, Grice DE, Lapidus KAB, Coffey BJ.** Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. Septiembre de 2014;37(3):257-67.
65. **Karno M.** The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Five US Communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1 de Diciembre de 1988;45(12):1094.
66. **Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, Dyck IR, Orlando ME, Rasmussen SA.** A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. Agosto de 2010;71(8):1033-9.
67. **Janardhan Reddy YC, Sundar AS, Narayanaswamy JC, Math SB.** Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian J Psychiatry*. Enero de 2017;59(Suppl 1):S74-90.
68. **Shetti CN, Reddy YCJ, Kandavel T, Kashyap K, Singiseti S, Hiremath AS, et al.** Clinical predictors of drug nonresponse in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. Diciembre de 2005;66(12):1517-23.
69. **Lapidus KAB, Stern ER, Berlin HA, Goodman WK.** Neuromodulation for Obsessive-Compulsive Disorder. *Neurotherapeutics*. julio de 2014;11(3):485-95.
70. **Hanisch F, Friedemann J, Piro J, Gutmann P.** Maintenance electroconvulsive therapy for comorbid pharmacotherapy-refractory obsessive-compulsive and schizoaffective disorder. *Eur J Med Res*. 2009;14(8):367.
71. **Silove D, Rees S.** Separation anxiety disorder across the lifespan: DSM-5 lifts age restriction on diagnosis. *Asian J Psychiatry*. octubre de 2014;11:98-101.
72. **Battaglia M.** Separation anxiety: at the neurobiological crossroads of adaptation and illness. *Dialogues Clin Neurosci*. Septiembre de 2015;17(3):277-85.
73. **Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ.** Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. enero de 2014;53(1):21-33.
74. **Silove D, Alonso J, Bromet E, Gruber M, Sampson N, Scott K, et al.** Pediatric-Onset and Adult-Onset Separation Anxiety Disorder Across Countries in the World Mental Health Survey. *Am J Psychiatry*. Julio de 2015;172(7):647-56.
75. **Manicavasagar V, Marnane C, Pini S, Abelli M, Rees S, Eapen V, et al.** Adult separation anxiety disorder: a disorder comes of age. *Curr Psychiatry Rep*. Agosto de 2010;12(4):290-7.

- 76. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL, Rees S.** The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry*. 10 de Marzo de 2010;10:21.
- 77. Bögels SM, Knappe S, Clark LA.** Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clin Psychol Rev*. Julio de 2013;33(5):663-74.



# 07

## TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

**GUILLERMO CASTAÑO PÉREZ**  
MD. Esp. en Farmacodependencia  
Ph. D en Psicología de la Salud  
Grupo Salud Mental

Guillermo A. Castaño Pérez

## Introducción

El hombre siempre ha usado sustancias para conseguir estados alterados de conciencia. El chamán primitivo buscaba comunicarse con su dios para curar al enfermo o pedirle bonanza en las cosechas. El hombre actual busca “elevarse”, relajarse, evadir problemas, experimentar sensaciones, sentir placer, incidiendo en ello algunos factores que determinan ese consumo, denominados factores de riesgo, los cuales varían en función de la persona, el tipo de droga y del medio ambiente y/o contexto social que rodea al individuo.

La vulnerabilidad de los individuos para desarrollar una adicción a determinadas drogas, está relacionada con factores biológicos, psicológicos y ambientales. Entre los biológicos, la edad, el sexo, la carga genética han sido los más estudiados, los rasgos de personalidad, el grado de estabilidad afectiva y las alteraciones psíquicas han sido algunos de los elementos investigados del componente psicológico. Los factores ambientales también han sido abordados <sup>(1)</sup>.

En Colombia, distintos estudios, en relación con el consumo de drogas, han mostrado las siguientes tendencias <sup>(2-9)</sup>.

- El consumo tiende al aumento.
- El consumo es más frecuente en jóvenes de zonas urbanas.
- Las mujeres tienden a igualar el consumo de los hombres.
- El consumo se inicia a edades cada vez más tempranas.
- Aparecen y toman fuerza en el mercado nuevas sustancias.

Datos del último estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas, realizado en 2013, reportan que:

- El 42,1 % de las personas encuestadas declara haber fumado tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida y el 12,9 % ha usado esta sustancia al menos una vez en los últimos 30 días, correspondiendo esto a consumidores actuales que equivale a un poco más de tres millones de fumadores en el país.
- El 87 % de los encuestados declara haber consumido alguna vez en la vida, alcohol y 35,8 % manifiesta haber consumido en los últimos 30 días (lo que equivale a 8,3 millones de personas). Alrededor de 2,5 millones de personas en Colombia presentan un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas.
- La marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia. El 11,5 % de las personas encuestadas dice haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida. El 3,3 % de las personas encuestadas manifiesta haber usado marihuana al menos una vez durante el último año. Entre los grupos de edad, el mayor consumo de marihuana se observa en los jóvenes de 18 a 24 años, con un 8,2 % de prevalencia, seguido por los grupos de adolescentes (4,3 %) y jóvenes de 25 a 34 años (3,8 %). Entre las personas que han consumido marihuana en el último año, un 57,6 % muestra signos de abuso o dependencia.

- La cocaína ocupa el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de mayor consumo en Colombia. El 3,2 % de los encuestados manifiesta haber consumido cocaína alguna vez en la vida. Respecto al consumo reciente de esta sustancia, el 0,7 % (162 000 personas) declara haber usado cocaína al menos una vez en el último año. La tasa más alta de consumo de cocaína se encuentra entre los jóvenes de 18 a 24 años, con casi el 2 % de prevalencia de último año, estimando unos 78 mil jóvenes en este consumo. El segundo grupo con mayor consumo son los jóvenes de 25 a 34 años con un 1,1 %. De cada 100 personas que consumieron cocaína en el último año, 60 de ellas muestran signos de abuso o dependencia de dicha sustancia, lo cual representa un poco más de 98 mil personas en el país.
- Los indicadores sobre consumo de basuco en el país indican que el 1,2 % de las personas encuestadas reportó haberlo consumido alguna vez en su vida. Durante el último año anterior a la encuesta, usó basuco el 0,21 % de la población de 12 a 65 años. El uso problemático y dependiente afecta al 78 % de los usuarios del último año.
- Con respecto al éxtasis, las prevalencias indican un porcentaje del 0,7 % para alguna vez en la vida, en tanto que la proporción de personas que han consumido en el último año se reduce al 0,2 % siendo fundamentalmente jóvenes de 18 a 24 años (unos 28 mil jóvenes).
- En relación con la heroína el 0,14 % de los encuestados dijo haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida, lo que equivale a 31 852 personas en el país; 0,03 % de las personas de la muestra reportaron consumo de heroína en el último año y un porcentaje similar lo hicieron en el último mes.
- En cuanto al consumo de sustancias inhalables (pegamentos y disolventes volátiles), el estudio indica que 0,7 % de las personas de la muestra ha consumido estas sustancias alguna vez en la vida; de ellas, 0,2 % lo hizo en el último año y 0,1 % en el último mes. Por otra parte el 1,2 % declaró haber usado popper alguna vez en la vida y 0,5 % usó dick en dicho período.

## Criterios diagnósticos para los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS)

Para efectos de poder comparar los resultados de este estudio con otros realizados en el país y la región, se da cuenta de los criterios diagnósticos del Manual de Psiquiatría Americano DSM IV- TR, no sin antes advertir que en la actualidad este ya se ha actualizado a la versión DSM 5.

En la clasificación DSM IV - TR <sup>(10)</sup>, los criterios para la dependencia de sustancias son:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia, (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una gastritis)

Con respecto a la dependencia, el DSM IV- TR presenta que esta puede ser una dependencia fisiológica o psíquica, donde la dependencia física más severa se presenta principalmente con las sustancias depresoras como opiáceos, alcohol, hipnóticos y sedantes, es menos marcada con estimulantes, derivados de cocaína, nicotina y alucinógenos; definiendo la dependencia psicológica como el deseo irresistible (craving) de repetir el uso de la sustancia para percibir sus efectos positivos o para evitar el malestar producido por la falta de esta sustancia. Esta conducta de búsqueda es lo que determina la dependencia.

Los criterios para el abuso de sustancias dentro del DSM IV- TR <sup>(10)</sup> son:

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
  - Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
  - Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
  - Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
  - Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

## Resultados

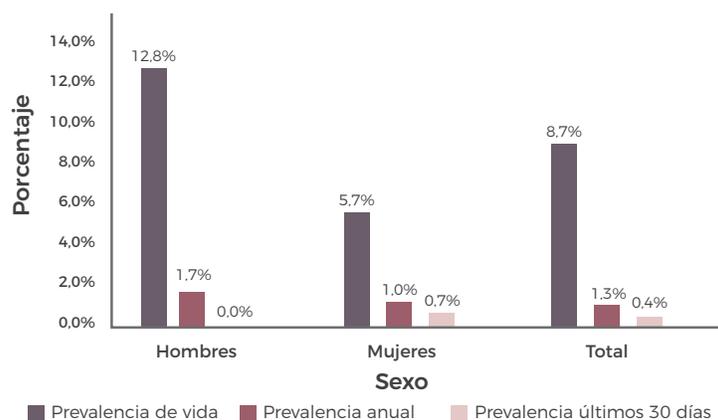
### Cualquier trastorno por uso de sustancias

Los indicadores de prevalencia de vida para cualquier trastorno por uso de sustancias muestran como de cada 100 personas aproximadamente 9 presentan o han presentado este trastorno, siendo más frecuente en hombres que en mujeres en una relación 2:1. La prevalencia anual para este trastorno en la población general fue de 1,3 % y la prevalencia en el último mes fue de 0,4 % (tabla 36).

**Tabla 36.** Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M/F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95%)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,7% (0,1 - 2,1)	0,4% (0,1 - 1,2)	0,0
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95%)	1,7% (0,1 - 4,2)	1,0% (0,1 - 2,6)	1,3% (0,1 - 2,7)	1,7
Prevalencia de vida (IC 95%)	12,8% (6,5 - 19,2)	5,7% (2,0 - 9,5)	8,7% (5,2 - 12,2)	2,1

En la figura 31 se observa que, para las prevalencias de vida, año y mes de un trastorno por uso de sustancias, los hombres son los que más están afectados, alcanzando prevalencias de 12,8 % en la vida. Las mujeres por su lado presentan una prevalencia de vida más baja del 5,7 %.



**Figura 31.** Prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

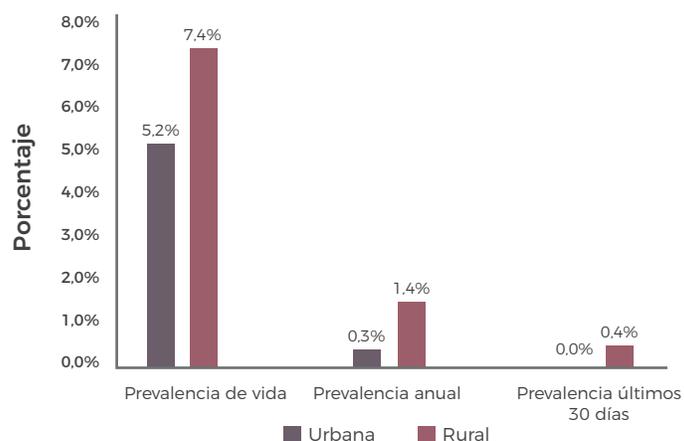
Al analizar la prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias y por grupos de edad, se encuentra que la mayor prevalencia de vida se encuentra en los jóvenes entre los 19 y 29 años con un 16,58 %. Le siguen los menores de 18 años con casi un 9 %. De resaltar el indicador de prevalencia para un trastorno por uso de sustancias en el último año de casi 4 % para los adolescentes y jóvenes entre los 15 y los 18 años, por las implicaciones para la salud pública que esto tiene. En los mayores de 45 años no se encontraron prevalencias en el último año, ni en el último mes (tabla 37).

**Tabla 37.** Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	8,79%	3,99%	0,00%
19 a 29 años	16,58%	1,70%	1,70%
30 a 44 años	6,59%	2,18%	0,00%
45 a 65 años	5,00%	0,00%	0,00%
<b>Total</b>	<b>8,70%</b>	<b>1,30%</b>	<b>0,43%</b>

## Comportamiento según zona de residencia

El análisis de la ocurrencia de cualquier trastorno por uso de sustancias, según lugar de residencia- urbana o rural-, da cuenta que estos se presentan con mayor frecuencia en los habitantes de la zona rural. La prevalencia de vida para cualquier trastorno fue del 7,4 %, la del último año 1,4 % y los últimos 30 días 0,4 % (figura 32).



**Figura 32.** Prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según área de residencia. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

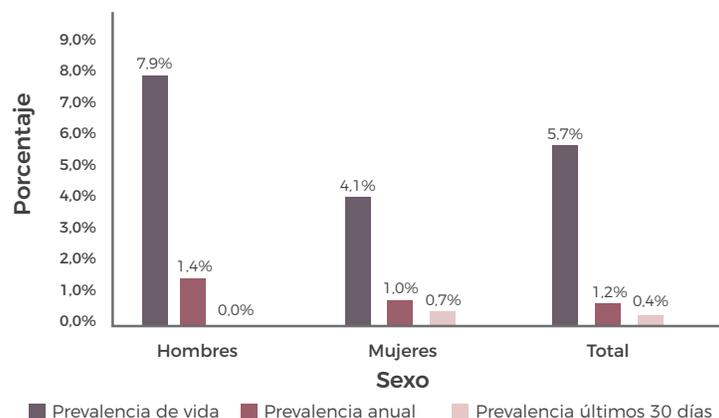
## Abuso de alcohol

La prevalencia de vida para el abuso de alcohol fue del 5,7 %, siendo más frecuente en hombres, con una razón de dos casos por cada mujer (tabla 38).

**Tabla 38.** Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M/F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95%)	0,0%	0,7%	0,4%	0,0
	(0,0 - 0,0)	(0,1 - 2,1)	(0,01 - 1,2)	
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95%)	1,4%	1,0%	1,2%	1,4
	(0,1 - 3,6)	(0,1 - 2,6)	(0,1 - 2,5)	
Prevalencia de vida (IC 95%)	7,9%	4,1%	5,7%	1,9
	(2,7 - 13,0)	(0,9 - 7,3)	(2,8 - 8,5)	

En la figura 33 se observa para los tres indicadores de prevalencias, que ésta se presenta más en el sexo masculino, alcanzando prevalencias del 7,9 % en la vida y 1,4 % en el último año. Llama la atención la prevalencia del 0,7 % en el último mes en las mujeres, por mostrar el padecimiento del trastorno en el momento en el que se realiza la encuesta.



**Figura 33.** Prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.

Según la edad, el trastorno por uso de sustancias en la vida, se dio con mayor frecuencia en el grupo etario entre los 19 y 29 años. En los menores de edad, comprendidos entre los 15 y los 18 años, la prevalencia de trastorno por uso de sustancias para los indicadores de vida y último año es del 1,68 %. Los mayores de 45 años presentan una prevalencia de vida del 5 % (tabla 39).

**Tabla 39.** Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	1,68%	1,68%	0,00%
19 a 29 años	8,10%	1,70%	1,70%
30 a 44 años	5,22%	2,18%	0,00%
45 a 65 años	5,00%	0,00%	0,00%
<b>Total</b>	<b>5,68%</b>	<b>1,16%</b>	<b>0,43%</b>

## Dependencia de alcohol

La dependencia del alcohol presentó una prevalencia de vida del 1,7 %, siendo similares las proporciones para hombres y mujeres, 1,9 % y 1,5 % respectivamente. Por cada 100 mujeres del estudio, aproximadamente 2 habían presentado dependencia de alcohol alguna vez en la vida (tabla 40).

**Tabla 40.** Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M/F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95%)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,7% (0,1 - 2,1)	0,4% (0,1 - 1,2)	0,0
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95%)	1,4% (0,1 - 3,6)	0,7% (0,1 - 2,1)	1,0% (0,1 - 2,3)	1,9
Prevalencia de vida (IC 95%)	1,9% (0,1 - 4,5)	1,5% (0,1 - 3,4)	1,7% (0,1 - 3,2)	1,3

Las prevalencias para el trastorno de dependencia al alcohol, fueron mayores en hombres para el indicador de vida y último año. Las mujeres presentaron una prevalencia del último mes de 0,7 %. Por las connotaciones socio-culturales y de salud pública este dato es de interés (figura 34).



**Figura 34.** Prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Por grupos etarios, las mayores prevalencias para el trastorno por dependencia al alcohol, se dan en el grupo de los 30 a 44 años en la vida y en los últimos doce meses. De interés señalar que entre los menores de edad (15 a 18 años), no se presentó el trastorno (tabla 41).

**Tabla 41.** Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,00%	0,00%	0,00%
19 a 29 años	1,70%	1,70%	1,70%
30 a 44 años	3,54%	2,18%	0,00%
45 a 65 años	0,45%	0,00%	0,00%
<b>Total</b>	<b>1,66%</b>	<b>1,02%</b>	<b>0,43%</b>

## Abuso de drogas

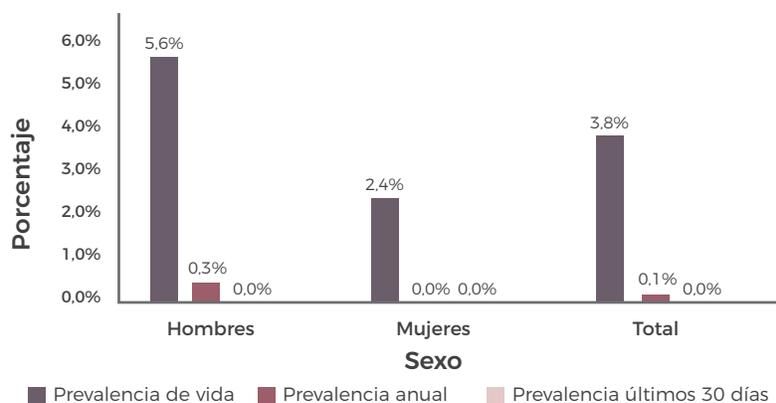
En este análisis se incluyeron las drogas diferentes al alcohol y al cigarrillo, encontrándose que la prevalencia de vida para un trastorno por abuso, fue de 3,8 %, presentándose con más frecuencia en hombres (5,6 %) que en mujeres (2,4 %). Se encontró que, por cada 100 personas encuestadas, 4 habían abusado de drogas diferentes al alcohol y el tabaco alguna vez en la vida (tabla 42).

**Tabla 42.** Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M/F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95%)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,0% (0,0 - 0,0)	NC
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95%)	0,3% (0,01 - 1,4)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,1% (0,01 - 0,6)	NC
Prevalencia de vida (IC 95%)	5,6% (1,3 - 10,0)	2,4% (0,1 - 4,9)	3,8% (1,4 - 6,1)	2,3

**NC:** no calculado

La prevalencia de abuso de drogas en el indicador de vida y último año, fue mayor en hombres que en mujeres, con 5,6 % y 0,3 % respectivamente. En las mujeres la prevalencia de vida para el trastorno por abuso de drogas fue de 2,4 % (figura 35).



**Figura 35.** Prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Al analizar la prevalencia de vida para el trastorno por abuso de drogas y los grupos de edad, se encontró que los menores de edad (adolescentes y jóvenes entre los 15 y 18 años) fueron los que presentaron la proporción más alta del trastorno (8,7 %). Le sigue el grupo etario entre los 19 y 29 años con 8,4 %. Llama la atención la prevalencia del trastorno en los últimos 12 meses encontrada en los menores de edad (2,3 %) (tabla 43).

**Tabla 43.** Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	8,79%	2,31%	0,00%
19 a 29 años	8,48%	0,00%	0,00%
30 a 44 años	3,05%	0,00%	0,00%
45 a 65 años	0,22%	0,00%	0,00%
<b>Total</b>	<b>3,78%</b>	<b>0,14%</b>	<b>0,00%</b>

### Dependencia de drogas

El indicador de prevalencia de vida para el trastorno por dependencia de drogas fue de 0,8 %, estando presente este sólo en los hombres. Es decir, 1 de cada 100 personas había presentado dependencia de drogas alguna vez en la vida. En el estudio no se evidenciaron prevalencias de último año y último mes para este trastorno (tabla 44 y figura 36).

**Tabla 44.** Indicadores de prevalencia para trastorno de dependencia de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M/F)
Prevalencia últimos 30 días (IC 95%)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,0% (0,0 - 0,0)	NC
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95%)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,0% (0,0 - 0,0)	NC
Prevalencia de vida (IC 95%)	1,9% (0,1 - 4,6)	0,00% (0,0 - 0,0)	0,8% (0,1 - 1,9)	NC



**Figura 36.** Prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Sólo se encontraron prevalencias para el trastorno de dependencia de drogas en la vida, siendo mayor en los grupos etarios de 19 a 29 años con un 2,1 %, seguido por el grupo de 30 a 44 años con 0,63 %. En menores de edad no se encontró este trastorno (tabla 45).

**Tabla 45.** Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,00%	0,00%	0,00%
19 a 29 años	2,11%	0,00%	0,00%
30 a 44 años	0,63%	0,00%	0,00%
45 a 65 años	0,22%	0,00%	0,00%
<b>Total</b>	<b>0,82%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>

## Bibliografía

1. **Devor EJ, Cloninger CR.** Genetics of alcoholism. *Annu Rev Genet.* 1989;23:19-36.
2. **Rodríguez, E.,** Duque, L, Rodríguez, J. Estudio Nacional sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Colombia. Bogotá DC; 1992.
3. **Rodríguez, E.** Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 1996. Colombia. Bogotá DC; 1996.
4. **Ministerio de Salud de Colombia.** Segundo Estudio Nacional de salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Versión preliminar. Santa Fe de Bogotá: Oficina de Comunicaciones; 1998.
5. **Programa Presidencial Rumbos.** Sondeo Nacional de Consumo de Drogas en Jóvenes 1999 - 2000. Santafé de Bogotá; 2000.
6. **Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social.** Estudio Nacional de Salud Mental, 2003. Editora Grafica Ltda; 2003.
7. **Ministerio de la Protección Social.** Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en Colombia en el 2004 [Internet]. 2004. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20Consumo%20SPA%20%20escolares%202004%20informe.pdf>
8. **Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes.** Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. 2008 [Internet]. Ministerio de la Protección Social; 2009. Disponible en: <http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/20.pdf>
9. **Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas en Colombia, Ministerio de Protección Social.** Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013 [Internet]. 2013. Disponible en: [http://www.descentralizadrogas.gov.co///pdfs/documentacion/estudios/Estudio\\_Consumo\\_SPA\\_Colombia\\_2013\\_UNODC.pdf](http://www.descentralizadrogas.gov.co///pdfs/documentacion/estudios/Estudio_Consumo_SPA_Colombia_2013_UNODC.pdf)
10. **American Psychiatric Association, APA.** DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.



**08**

## **TRASTORNOS MENTALES EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA**

**CAROLINA BUITRAGO SALAZAR**

Gerente de Sistemas de  
Información en Salud

Mg. Epidemiología

Grupo Salud Mental

Carolina Buitrago Salazar

La infancia representa una época crítica en el desarrollo del ser humano, en el que se cosechan las bases de la salud mental y bienestar del futuro. Los trastornos mentales que se inician en etapas tempranas, como la infancia o adolescencia, conllevan consecuencias hasta la edad adulta, no sólo sanitaria sino también económica y social <sup>(1)</sup>.

Para esto la psiquiatría infantil y del adolescente se encarga de la promoción, evaluación, diagnóstico y tratamiento de los niños y adolescentes que presentan algún trastorno psiquiátrico que altera el funcionamiento individual y/o de su familia; además busca evitar que estos trastornos psiquiátricos produzcan un sufrimiento innecesario, que se conviertan en una causa de difícil manejo para las familias, e igualmente intenta prevenir las consecuencias de estos trastornos mentales a largo plazo <sup>(2)</sup>.

En las últimas décadas los cambios demográficos, epidemiológicos y de carga de la enfermedad han hecho que la psiquiatría concentre aún más su atención en los niños y adolescentes <sup>(3)</sup>. La OMS en su proyecto Atlas registró los recursos de salud mental infanto-juvenil en 66 países, y señaló que los trastornos psiquiátricos de comienzo en la niñez y adolescencia deberían ser un tema de interés para la salud pública <sup>(4)</sup>.

La magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes puede apreciarse en algunos datos tomados del reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el tema <sup>(2,5)</sup>:

- El 20 % de los niños y adolescentes sufre de alguna enfermedad mental.
- El suicidio es la tercera causa de mortalidad en adolescentes.
- El trastorno depresivo mayor habitualmente se inicia durante la adolescencia está asociado a problemas sociales y a suicidio.
- Los problemas de conducta durante la niñez tienden a persistir en la adolescencia y la adultez bajo el abuso de sustancias, delincuencia, comportamientos antisociales y problemas maritales, laborales e interpersonales.
- Existe un incremento de, aproximadamente, el doble de los costos médicos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Los trastornos de la alimentación son cada vez más frecuentes.

A pesar de la importancia que reviste el tema de salud mental en los niños y adolescentes, muchos de ellos no reciben el tratamiento adecuado por causas como la falta de profesionales especializados en esta población específica, el pensamiento de que ellos no se enferman mentalmente y el estigma que se tiene para consultar con un psiquiatra <sup>(6,7)</sup>.

## Definiciones

Dentro de las alteraciones que se manifiestan durante las primeras etapas de desarrollo se encuentran los trastornos de conductas disruptivas:

**Trastorno negativista desafiante:** el trastorno desafiante oposicional es un patrón persistente (por ejemplo 6 meses o más) de comportamiento marcadamente desafiante, desobediente, provocativo o rencoroso que ocurre con más frecuencia de lo que típicamente se observa en individuos de edad y nivel de desarrollo y que no está restringido a la interacción con hermanos. El trastorno desafiante oposicionista puede manifestarse en un estado de enojo prevaeciente, persistente o estado de ánimo irritable, a menudo acompañado de fuertes estallidos de mal genio o testarudos, comportamiento argumentativo y desafiante. El patrón de comportamiento es de suficiente gravedad para resultar en una discapacidad significativa en lo personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento <sup>(8)</sup>.

**Trastorno por déficit de atención o hiperactividad:** la falta de atención se refiere a una dificultad significativa en mantener la atención a las tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas con la organización. La hiperactividad se refiere a la actividad motora excesiva y dificultades para permanecer quieto, más evidente en situaciones estructuradas que requieren autocontrol conductual. La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberación o consideración de riesgos y consecuencias <sup>(9)</sup>.

El equilibrio relativo y las manifestaciones específicas de las características desatentas e hiperactivas-impulsivas varían entre individuos, y puede cambiar a lo largo del desarrollo. Para un diagnóstico de trastorno, el patrón de comportamiento debe ser claramente observable en más de un escenario.

### Criterios diagnósticos:

- La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.
- Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años.
- Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (p. ej., en casa y en la escuela o en el trabajo)
- Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo.
- El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, de ansiedad, disociativo o de la personalidad)

**Trastorno de conducta:** la característica esencial del trastorno de conducta es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos: comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales, comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves de las normas. Tres (o más) comportamientos característicos deben haber aparecido durante los últimos 12 meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos 6 meses <sup>(8)</sup>.

Provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. El trastorno de conducta puede diagnosticarse en individuos mayores de 18 años, pero sólo si se cumplen los criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

El patrón de comportamiento suele presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad. Puesto que los sujetos con trastorno de conducta tienden a minimizar sus problemas comportamentales, el clínico con frecuencia debe fiarse de otros informadores. Sin embargo, el conocimiento que el informador tiene de los problemas comportamentales del niño puede estar limitado por una supervisión inadecuada o porque el niño no los haya revelado <sup>(8)</sup>.

## Epidemiología

La epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes cumple varios objetivos en salud pública: conocer la magnitud y la distribución de los trastornos psiquiátricos, calcular la carga de enfermedad, medir el uso de servicios y monitorear si aquellos niños que los necesitan los están recibiendo <sup>(4)</sup>. A nivel mundial se informa, consistentemente, que desde un 10 % hasta un 20 % de los niños y adolescentes padecen de un trastorno mental incapacitante, cifras similares a las reportadas en América Latina y en el Caribe <sup>(10,11)</sup>.

La mayoría de los trastornos que comienzan en la niñez son más prevalentes en hombres que en mujeres, mientras que los que comienzan en la adolescencia son mayores en mujeres que hombres <sup>(12,13)</sup>. Los grupos de trastornos mentales más frecuentes, en general, son los trastornos de ansiedad y de conducta. La adolescencia tiende a presentar mayores tasas de depresión y ansiedad. Los varones pre-púberes tienden a mostrar tasas mayores de trastorno por déficit de atención que en las niñas, y tasas ligeramente mayores de trastornos de conducta y oposicionista desafiante <sup>(10)</sup>.

Algunas investigaciones demuestran una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos (1 de cada 5 niños; si se agrega criterio de discapacidad 1 de cada 10). Solo 16 % de ellos reciben atención <sup>(14)</sup>. El estudio MECA (metodología para la epidemiología de trastornos mentales en niños y adolescentes), arrojó como resultado que el 21 % de los niños y adolescentes entre 9 y 17 años de edad tiene un diagnóstico de trastorno mental o adictivo <sup>(15)</sup>.

Durante las últimas décadas las prevalencias del trastorno de conducta han estado en aumento, siendo más frecuente en las zonas urbanas que rurales. Las cifras son muy variables, de acuerdo a las poblaciones estudiadas y los métodos de análisis utilizados; en los hombres menores de 18 años las prevalencias se estiman entre el 6 % y 16 %, respecto a las tasas de las mujeres que oscilan entre el 2 % y 9 %; para el trastorno negativista desafiante se han encontrado tasas entre el 2 % y el 16 % <sup>(16)</sup>.

Se estima que la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se sitúa en el 3 % y el 5 % en los niños de edad escolar. Alrededor del 75 % de los casos de TDAH, se asocian a otros trastornos, siendo uno de los más frecuentes el trastorno negativista desafiante, incrementando a su vez el riesgo de padecer trastorno de conducta en la edad adolescente y personalidad antisocial en la edad adulta <sup>(17)</sup>.

La concurrencia del trastorno de conducta o del trastorno negativista desafiante se ha estimado entre el 15 % y el 60 % en niños con TDAH. Los estudios señalan que entre un 40 %-60 % de niños/adolescentes con TDAH tendrán en algún momento de sus vidas un trastorno negativista desafiante. Los datos de la prevalencia en la adolescencia y la vida adulta son imprecisos <sup>(8)</sup>.

## Consecuencias

El hecho de no abordar los problemas de salud mental, incluidos los trastornos del desarrollo e intelectuales, en niños y adolescentes en entornos de bajos recursos es un problema de salud pública con consecuencias de gran alcance porque dicha falla también impide el logro de los objetivos básicos de desarrollo en las poblaciones <sup>(18)</sup>.

Estos trastornos disminuyen los logros académicos y posibilidades laborales, alteran las relaciones afectivas y la elección de parejas, aumentan el riesgo de los embarazos no deseados y el funcionamiento general en la adultez; además, porque la evidencia muestra que una proporción sustancial de los problemas de salud mental en adultos se originan temprano en la vida <sup>(11)</sup>.

Dado que las enfermedades mentales se conceptualizan como trastornos crónicos de los jóvenes y debido a que una cantidad desproporcionada de ellos viven en países de ingresos bajos o medios, abordar los problemas de salud mental en etapas tempranas del desarrollo en estos países es una prioridad para la agenda de salud global. Además de los argumentos de cómo los costos sociales pueden reducirse mediante la intervención temprana, también existe una responsabilidad ética hacia los jóvenes más vulnerables, que pueden ver frustrado todo su potencial de desarrollo <sup>(19)</sup>.

## Resultados

### Trastorno de conducta

Se presentan los resultados por sexo para cada prevalencia del trastorno de conducta en la población. No se presentaron prevalencias en los últimos doce meses; para la prevalencia de vida se encontró que fue mayor en las mujeres con un 1,3 % respecto a la población masculina (0,6 %) (tabla 46).

**Tabla 46.** Indicadores de prevalencia para trastorno de conducta por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95 %)	0,0 % (0,0 - 0,0)	0,0 % (0,0 - 0,0)	0,0 % (0,0 - 0,0)	NC
Prevalencia de vida (IC 95 %)	0,6 % (0,1 - 2,1)	1,3 % (0,1 - 3,1)	1,0 % (0,1 - 2,2)	0,5

**NC:** no calculado

### Comportamiento según grupos de edad

No se hallaron prevalencias según grupos de edad para el trastorno de conducta en los últimos doce meses, para la prevalencia de este mismo trastorno en la vida se encontró que fue mayor para el grupo de 30 a 44 años con 1,9 %, seguido de los adolescentes de 15 a 18 años con un 1,5 % (tabla 47).

**Tabla 47.** Indicadores de prevalencia para trastorno de conducta por cien según grupos de edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
15 a 18 años	1,56 %	0,00 %
19 a 29 años	1,21 %	0,00 %
30 a 44 años	1,98 %	0,00 %
45 a 65 años	0,00 %	0,00 %
<b>Total</b>	<b>0,99 %</b>	<b>0,00 %</b>

## Trastorno negativista desafiante

La prevalencia de vida para el trastorno negativista desafiante fue mayor en las mujeres con un 2,1 % con relación a los hombres (0,8 %). No se presentaron prevalencias de este trastorno para los últimos doce meses (tabla 48 y figura 37).

**Tabla 48.** Indicadores de prevalencia para trastorno negativista desafiante por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95 %)	0,0 % (0,0 - 0,0)	0,0 % (0,0 - 0,0)	0,0 % (0,0 - 0,0)	NC
Prevalencia de vida (IC 95 %)	0,8 % (0,1 - 2,4)	2,1 % (0,1 - 4,5)	1,6 % (0,1 - 3,1)	0,4

**NC:** no calculado



**Figura 37.** Prevalencia para trastorno negativista desafiante por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

## Prevalencia según grupos de edad

De acuerdo al grupo de edad, se encontraron prevalencias en la vida para los grupos de 15 a 18 años y de 19 a 29 años; siendo mayor en este último con un 5,2 % (tabla 49).

**Tabla 49.** Indicadores de prevalencia para el trastorno negativista desafiante por cien según grupos de edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018.

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
15 a 18 años	3,24 %	0,00 %
19 a 29 años	5,21 %	0,00 %
30 a 44 años	0,00 %	0,00 %
45 a 65 años	0,00 %	0,00 %
<b>Total</b>	<b>1,55 %</b>	<b>0,00 %</b>

## Trastorno por déficit de atención

La prevalencia de trastornos por déficit de atención fue de 1,5 % en el último año, y 4,6 % en la vida, siendo más frecuente en el sexo masculino, donde por cada mujer que presentó el trastorno hubo, tres hombres.

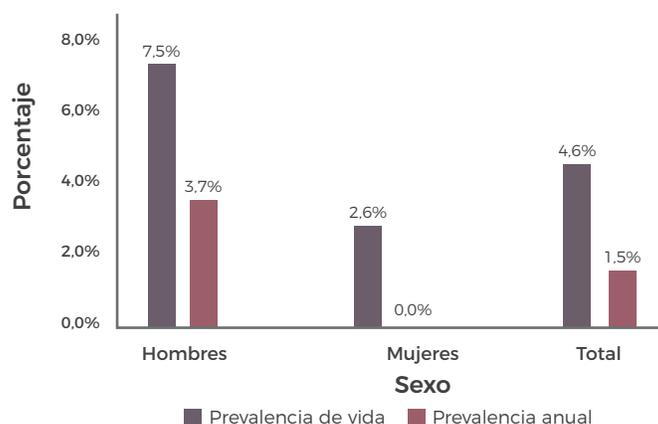
## Comportamiento por sexo

Se observa la marcada diferencia entre hombres y mujeres, en cualquiera de los dos periodos analizados, el trastorno por déficit de atención fue mayor en los hombres que en las mujeres (tabla 50 y figura 38).

**Tabla 50.** Indicadores de prevalencia para trastorno por déficit de atención por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 12 meses (IC 95 %)	3,7 %	0,0 %	1,5 %	NC
	(0,1 - 7,3)	(0,0 - 0,0)	(0,1 - 3,1)	
Prevalencia de vida (IC 95 %)	7,5 %	2,6 %	4,6 %	2,9
	(2,5 - 12,5)	(0,1 - 5,2)	(2,0 - 7,2)	

NC: no calculado



**Figura 38.** Prevalencia para trastorno por déficit de atención e hiperactividad por cien según sexo - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

## Prevalencia por grupos de edad

Al analizar las prevalencias desagregadas por grupos de edad, se observó que tanto para la prevalencia de vida como para los últimos 12 meses, fue mayor en el grupo de 30 a 44 años (tabla 51).

**Tabla 51.** Indicadores de prevalencia para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad por cien según grupos de edad - Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
15 a 18 años	4,85 %	0,00 %
19 a 29 años	5,47 %	0,00 %
30 a 44 años	5,56 %	4,93 %
45 a 65 años	4,20 %	0,45 %
<b>Total</b>	<b>4,64 %</b>	<b>1,54 %</b>

## Prevalencia para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia

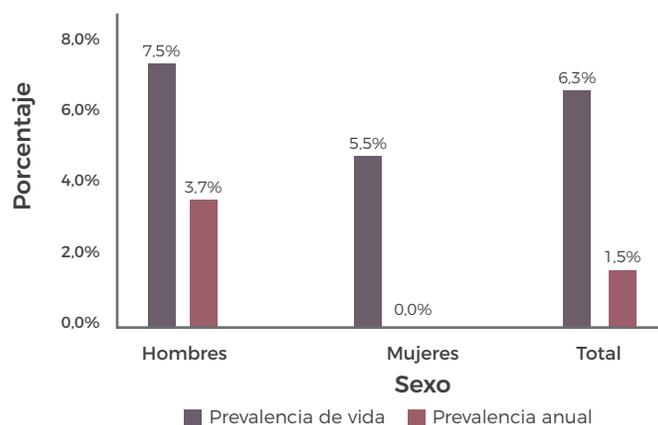
### Comportamiento según sexo

Al analizar los trastornos de inicio en la niñez y la adolescencia en conjunto, se encontró que el 1,5 % presentó cualquiera de estos en los últimos doce meses, y el 6,3 % lo presentó alguna vez en la vida, donde siempre fue mayor en los hombres (tabla 52 y figura 39).

**Tabla 52.** Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Prevalencia últimos 12 meses (IC95 %)	3,7 %	0,0 %	1,5 %	NC
	(0,1 - 7,3)	(0,0 - 0,0)	(0,1 - 3,1)	
Prevalencia de vida (IC95 %)	7,5 %	5,5 %	6,3 %	1,3
	(2,5 - 12,5)	(1,8 - 9,2)	(3,3 - 9,3)	

**NC:** no calculado



**Figura 39.** Prevalencia para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia por cien según sexo - Estudio de Salud Mental-Sabaneta 2018

## Comportamiento por grupos de edad

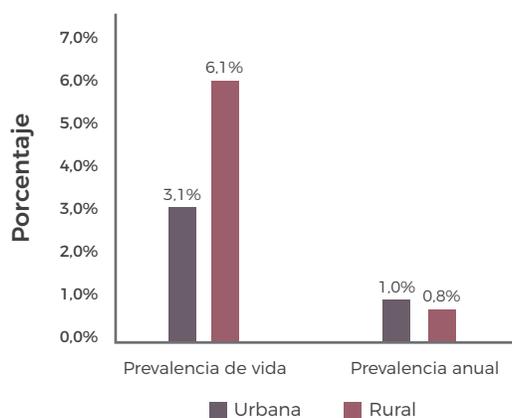
La prevalencia por grupos de edad para cualquier trastorno de inicio en la niñez y la adolescencia en la vida fue de 9,9 %, en las personas entre los 19 y 29 años, seguido de la población de 30 a 44 años (6,9 %), las prevalencias en los últimos doce meses fueron mayores para el grupo de edad de 30 a 44 años con 4,9 %. Seis de cada cien personas han presentado algún trastorno de inicio en la niñez y la adolescencia alguna vez en la vida (tabla 53).

**Tabla 53.** Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia por cien según grupos de edad. Estudio de Salud Mental-Sabaneta 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
15 a 18 años	6,53 %	0,00 %
19 a 29 años	9,93 %	0,00 %
30 a 44 años	6,91 %	4,93 %
45 a 65 años	4,20 %	0,45 %
<b>Total</b>	<b>6,34 %</b>	<b>1,54 %</b>

## Comportamiento según zona de residencia

Se establecieron las prevalencias de cualquiera de los trastornos del inicio de la niñez y la adolescencia según la zona de residencia de la población, encontrando que las prevalencias en los últimos doce meses fueron mayores en la zona urbana, con una diferencia de 0,2 % respecto a la zona rural. La prevalencia de estos trastornos alguna vez en la vida fue más frecuente en la zona rural, donde por cada persona residente en la zona urbana que presentó cualquiera de ellos, hubo dos personas residentes en la zona rural que también lo presentaron (figura 40).



**Figura 40.** Prevalencia para trastornos de la niñez, infancia y adolescencia por cien según área de residencia. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

## Bibliografía

1. **Fariña R, Caballero D, Morán F, Silvero J, Suárez R, Weberhofer J, et al.** Epidemiología de los trastornos mentales en niños y adolescentes: un estudio del Departamento de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia del Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. *Medicina Clínica y Social*. 2018 Jan;1:192-200.
2. **Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia.** Documentos Maestro. Especialización en psiquiatría infantil y del adolescente [Internet]. Universidad de Antioquia; 2014. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/8bb4e7b3-4023-48ef-b5c9-c3d2895b528f/Documento+Maestro+Psiquiatria+Pediatria+2014.pdf?MOD=AJPERES>
3. **Gómez Restrepo C.** Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. *Rev Colomb Psiquiat*. 2005;34:338-9.
4. **Flora De La Barra M, Benjamin Vicente P, Sandra Saldivia B, Roberto Melipillán A.** Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012 Sep;23(5):521-9.
5. **Kandel DB, Johnson JG, Bird HR, Weissman MM, Goodman SH, Lahey BB, et al.** Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;39:693-9.
6. **Freedenthal S.** Racial Disparities in Mental Health Service Use by Adolescents Who Thought About or Attempted Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007 Feb;37(1):22-34.
7. **Ortega AN, Chavez L, Inkelas M, Canino G.** Persistence of Mental Health Service Use among Latino Children: A Clinical and Community Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2007 May 10;34(4):353-62.
8. **American Psychiatric Association.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM - IV [Internet]. 2002. Disponible en: <https://psicovale.ro.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnoc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
9. **Organización Mundial de Salud.** International Classification Of Diseases - Mortality and Morbidity Statistics - CIE 11. OMS; 2018.
10. **Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al.** Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. 2011 Oct;378(9801):1515-25.
11. **Benjet C.** Introducción a la psicofarmacología. La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* [Internet]. 1st ed. Washington DC: OPS; 2009. p. 234-42. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf>
12. **Burke KC, Burke JD Jr, Regier DA, Rae DS.** Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry*. 1990 Jun;47:511-8.
13. **Christie KA, Burke JD Jr, Regier DA, Rae DS, Boyd JH, Locke BZ.** Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *American Journal of Psychiatry*. 1988 Aug;145(8):971-5.
14. **Belfer ML.** Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008 Mar;49(3):226-36.
15. **Shaffer D, Dulcan MK, Fisher P, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, et al.** The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders*

Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996;35:865-77.

16. **Zametkin AJ, Ernst M.** Problems in the management of attention deficit hyperactivity disorder. *N Engl J Med*. 1999;340:40-6.
17. **Milich R, Widiger TA, Landau S.** Differential diagnosis of attention deficit and conduct disorders using conditional probabilities. *J Consult Clin Psychol*. 1987;55:762-7.
18. **Sachs J, McArthur J.** The Millennium Project: a plan for meeting the Millennium Development Goals. *The Lancet*. 2005 Jan;365(9456):347-53.
19. **Kuehn BM.** Mental Illness Takes Heavy Toll on Youth. *JAMA*. 2005 Jul 20;294(3):293.



**09**

## **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**

**DIANA RESTREPO BERNAL**

Psiquiatra de Enlace

Mg. Epidemiología

Coordinadora Grupo Salud Mental

Diana Restrepo Bernal

## Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno mental en el cual las personas afectadas, demuestran un gran interés en su imagen corporal y por esto presentan un deseo y una necesidad extrema de ser delgados, para lograr esto, recurrirán a diversas estrategias para inducir la pérdida de peso <sup>(1)</sup>.

Debido a las consecuencias sistémicas a las cuales se someten estas personas por la pérdida masiva de peso, la mortalidad ocurre en 10 % a 15 % de los casos. De estas muertes, la mayoría ocurren por las complicaciones físicas y un tercio de estas muertes como consecuencia de suicidio <sup>(2)</sup>.

### Epidemiología

La anorexia es más común en mujeres, de tal forma que por cada diez mujeres afectadas se encuentra un hombre con anorexia nerviosa. El trastorno comienza alrededor de los 16 años, si bien se pueden presentar casos a una edad tan temprana como los 8 o 10 años. Es poco común que este trastorno tenga inicio luego de los 30 años <sup>(3)</sup>.

En mujeres jóvenes se ha descrito una prevalencia durante la vida de 0,5 % y se ha descrito un predominio en clases medias y altas <sup>(4)</sup>.

### Criterios diagnósticos

Dentro de los criterios diagnósticos se encuentra una pérdida de peso del 15 % o más, con base en el peso esperado o un índice de masa corporal de 17,5kg/mt<sup>2</sup> o menor. Además de que esta pérdida de peso sea el resultado de un comportamiento que incluye realizar ejercicio excesivo, inducirse el vómito, usar supresores del apetito o laxantes. También se requiere como criterio diagnóstico el que la persona se vea a sí misma "gorda(o)" y que se evidencien trastornos endocrinos (amenorrea) y si es el caso, retraso de la pubertad <sup>(5)</sup>.

### Etiología

Se ha reportado una concordancia genética en gemelos monozigóticos de 65 % en comparación con los gemelos dizigóticos de 32 %. Se han descrito algunas características de las familias de pacientes anoréxicos, donde se destacan las rígidas, la sobreprotección y conflictos intrafamiliares <sup>(6)</sup>.

### Sintomatología

Sobresale en estos pacientes la irritabilidad, la pobre autoestima, los síntomas depresivos, las graves alteraciones del sueño, la casi anulación del deseo sexual, el aislamiento social.

En algunas circunstancias será necesaria la hospitalización. Esto generalmente ocurre cuando la pérdida de peso es rápida y resistente al tratamiento médico, hipotermia, alteraciones hidroelectrolíticas que generan un alto riesgo de arritmias y muerte, bradicardia menor de 45 latidos por minutos. Desde el punto de vista psiquiátrico, el alto riesgo suicida es el motivo más frecuente de hospitalización, como también la psicosis <sup>(7)</sup>.

### Diagnóstico diferencial

Dentro de los trastornos mentales que pueden comportarse como una anorexia nerviosa, se tiene la depresión en trastorno obsesivo compulsivo. Otras enfermedades sistémicas deberán descartarse dentro de la valoración inicial <sup>(8)</sup>.

### Pronóstico

El pronóstico de este tratamiento se resume de la siguiente forma: 1/3 se recupera por completo, 1/3 se recupera parcialmente y 1/3 continúa con problemas crónicos.

Dentro de los factores que predicen mal pronóstico se encuentran, el comienzo tardío de los síntomas, excesiva pérdida de peso, pobres relaciones familiares, sociales y ser hombre <sup>(9)</sup>.

## Bulimia nerviosa

La característica principal de este trastorno es la idea sobrevalorada con la forma del cuerpo y el peso corporal. Es posible que haya existido previamente un trastorno de anorexia nerviosa y el índice de masa corporal puede ser normal. Los atracones de comida y los comportamientos compensatorios son clave para el diagnóstico <sup>(10)</sup>.

### Epidemiología

La edad de inicio típica es en la adolescencia, con una prevalencia en la vida de 1 a 1,5 % en mujeres. La edad de inicio y el diagnóstico se realiza alrededor de los 20 años <sup>(11,12)</sup>.

### Etiología

En este trastorno es común que la persona haya tenido el antecedente personal de obesidad y en la familia es frecuente el antecedente de trastornos afectivos y por uso de sustancias <sup>(13)</sup>.

### Diagnóstico

El diagnóstico se realiza con base en la preocupación persistente que manifiesta la persona en relación a la comida y los alimentos, la búsqueda compulsiva de comida, los episodios de atracones y los intentos por controlar el peso a través de la inducción de vómito, abuso de laxantes y diuréticos, períodos de restricción y medicamentos que suprimen el apetito <sup>(8)</sup>.

### Signos físicos

Si bien las manifestaciones físicas en la bulimia nerviosa tienden a ser menos graves que en la anorexia, se presentan síntomas relacionados con las purgas como

alteraciones hidroelectrolíticas, erosiones esofágicas, úlceras gástricas y duodenales, arritmias cardíacas, falla cardíaca, constipación, esteatorrea, entre otros <sup>(10)</sup>.

### **Diagnósticos diferenciales**

Dentro de las enfermedades que deben descartarse cuando un paciente presenta síntomas de bulimia, se encuentran los tumores cerebrales, trastornos bipolares, los trastornos de personalidad, y algunos síndromes raros de sobrealimentación <sup>(14,15)</sup>.

### **Comorbilidad**

Las comorbilidades son múltiples con trastornos de ansiedad, afectivos, auto-lesionismo, por uso de alcohol y drogas, promiscuidad, otros trastornos de impulsos <sup>(16)</sup>.

### **Tratamiento**

La hospitalización se relaciona con riesgo de suicidio, problemas físicos o casos refractarios o embarazo por riesgo de aborto. Las complicaciones médicas que ponen en peligro la vida también exigen hospitalización en muchos casos <sup>(17)</sup>. La mayor evidencia farmacológica la tiene las dosis altas de inhibidores de recaptura de serotonina (fluoxetina 60mg) por largo tiempo > 1 año <sup>(18)</sup>. En cuanto a la psicoterapia la mejor evidencia la tiene la terapia cognitivo comportamental <sup>(19)</sup>.

### **Pronóstico**

Generalmente es más favorable que el de la anorexia nerviosa. Es menos favorable cuando hay trastornos de personalidad o baja autoestima asociados <sup>(20)</sup>.

## **Resultados**

El Estudio de Salud Mental realizado Sabaneta, indagó por los trastornos de anorexia y bulimia, sin embargo, en la muestra que se tomó la información no se presentaron casos de trastornos de alimentación en ningún momento de la vida.

## Bibliografía

1. **Treasure J, Zipfel S, Micali N, Wade T, Stice E, Claudino A, et al.** Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*. 26 de noviembre de 2015;1:15074.
2. **Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U.** Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*. diciembre de 2015;2(12):1099-111.
3. **Hoek HW.** Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders: Current Opinion in Psychiatry. Julio de 2006;19(4):389-94.
4. **Harris C, Barraclough B.** Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*. Julio de 1998;173(01):11-53.
5. **Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahlilani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB.** Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry*. Febrero de 2008;165(2):245-50.
6. **Casper RC.** The pathophysiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Annu Rev Nutr*. 1986;6:299-316.
7. **Fox JRE, Whittlesea A.** Accommodation of Symptoms in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study: Accommodation of Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Marzo de 2017;24(2):488-500.
8. **Izydorczyk B, Wojciechowski B.** Differential diagnosis of eating disorders with the use of classification trees (decision algorithm). *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 5 de diciembre de 2016;18(4):53-62.
9. **Jagielska G, Kacperska I.** Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*. 30 de abril de 2017;51(2):205-18.
10. **Fairburn CG.** Risk Factors for Bulimia Nervosa: A Community-Based Case-Control Study. *Archives of General Psychiatry*. 1 de junio de 1997;54(6):509.
11. **Studies of the epidemiology of bulimia nervosa.** *American Journal of Psychiatry*. abril de 1990;147(4):401-8.
12. **Hoek HW.** Review of the worldwide epidemiology of eating disorders: Current Opinion in Psychiatry. Noviembre de 2016;29(6):336-9.
13. **Barajas Iglesias B, Jáuregui Lobera I, Laporta Herrero I, Santed Germán MÁ.** Eating disorders during the adolescence: personality characteristics associated with anorexia and bulimia nervosa. *Nutr Hosp*. 24 de octubre de 2017;34(5):1178-84.
14. **Forrest LN, Jones PJ, Ortiz SN, Smith AR.** Core psychopathology in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A network analysis. *Int J Eat Disord*. 25 de abril de 2018;
15. **Lunde AV, Fasmer OB, Akiskal KK, Akiskal HS, Oedegaard KJ.** The relationship of bulimia and anorexia nervosa with bipolar disorder and its temperamental foundations. *J Affect Disord*. Junio de 2009;115(3):309-14.
16. **Bodell LP, Joiner TE, Keel PK.** Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*. Mayo de 2013;47(5):617-21.
17. **Gravina G, Milano W, Nebbiai G, Piccione C, Capasso A.** Medical Complications In Anorexia And Bulimia Nervosa. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 30 de mayo de 2018;
18. **Bello NT, Yeomans BL.** Safety of pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Opin Drug Saf*. Enero de 2018;17(1):17-23.
19. **Grenon R, Carlucci S, Brugnera A, Schwartz D, Hammond N, Ivanova I, et al.** Psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *Psychother Res*. 29 de junio de 2018;1-13.
20. **Patel RS, Olten B, Patel P, Shah K, Mansuri Z.** Hospitalization Outcomes and Comorbidities of Bulimia Nervosa: A Nationwide Inpatient Study. *Cureus*. 5 de mayo de 2018;10(5):e2583.



# 10

## **COMPORTAMIENTO SUICIDA**

**CAROLINA SALAS ZAPATA**

Gerente de Sistemas de  
Información en Salud  
Mg. Epidemiología  
Facultad de Medicina

**GUILLERMO CASTAÑO PÉREZ**

MD. Esp. en Farmacodependencia.  
Ph. D en Psicología de la Salud  
Grupo Salud Mental

Carolina Salas Zapata // Guillermo Alonso Castaño

*“El suicidio es un fenómeno individual que responde esencialmente a causas sociales. Es el grito de ayuda y la forma de decirle a los demás “heme aquí, te necesito”.*

Émile Durkheim (1858 -1917). Obra “El suicidio”

## Definiciones

El comportamiento suicida incluye la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio. La ideación es el pensamiento y deseo de quitarse la vida, sin que haya llegado realmente a intentarlo. El intento es la conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte <sup>(1)</sup>. Finalmente, respecto al suicidio, este se define como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Se refiere a la muerte por lesión autoinfligida, con evidencia implícita o explícita, deliberadamente iniciada por la persona, intencional y consciente, en la que se obtiene un resultado deseado como es, el morir <sup>(2)</sup>.

## Epidemiología de la conducta suicida

### Panorama mundial

En el mundo, por cada suicidio, 25 personas lo intentan y muchos más tienen pensamientos serios de realizarlo. El suicidio es el resultado de una convergencia de factores de riesgo genéticos, psicológicos, sociales y culturales, a veces combinados con experiencias traumáticas y de pérdida. Las personas que se quitan la vida representan un grupo heterogéneo, con influencias causales complejas y multifacéticas que preceden a la conducta suicida <sup>(3)</sup>.

Anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida en el mundo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida <sup>(4)</sup>.

El suicidio no sólo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2015, más del 78 % de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos <sup>(4)</sup>.

En los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre:mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. A nivel mundial, los suicidios representan un 50 % de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71 % entre mujeres. El suicidio se puede producir a cualquier edad. Las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto en hombres como en mujeres en casi todas las regiones del mundo <sup>(5)</sup>.

En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, y a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29

años de edad. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más comúnmente utilizados para el suicidio, pero también se recurre a muchos otros métodos, que varían según el grupo poblacional. El intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general <sup>(5)</sup>.

## Panorama en la región de Las Américas

Cerca de 65 000 personas se quitan la vida cada año en la región de las Américas más de 7 cada hora. La tasa ajustada según edad, correspondiente a América Latina y el Caribe es de 5,2 por 100 000 habitantes para ambos sexos. Las Américas tiene una tasa de suicidio (7,3 por cada 100 000 habitantes) menor que el promedio mundial (11,4 por 100 000) e inferior a la de otras regiones. Por subregiones, las tasas anuales de suicidio por 100 000 habitantes, conjuntas para ambos sexos, son: América del Norte, 10,1; América Central, Caribe hispano y México, 5,3; Suramérica, 5,2; y Caribe no hispano, 7,4. Entre las personas de 20 a 24 años es la tercera causa principal de muerte en las Américas; entre las personas de 10 a 19 años y de 25 a 44 años es la cuarta causa de muerte. El suicidio representa el 12,4 % de las causas externas de muerte en la región, pero ello varía según la subregión, con 19,5 % en América del Norte y 7,9 % en América del Sur <sup>(6)</sup>.

## Panorama en Colombia

En los 10 años comprendidos entre 2008 y 2017, el Instituto Nacional de Medicina Legal tuvo conocimiento de 19 977 suicidios ocurridos en Colombia, con una media de 1998 por año. En 2017 se registró un incremento de 10 % con respecto al año 2016 y de 25 % con relación a 2008. La tasa por 100 000 habitantes en el 2017 fue de 5,7, la mayor del decenio. Fue mayor el deceso de hombres (81,4 %); por cada 10 mujeres que se quitaron la vida, lo hicieron 44 hombres. La mayor frecuencia de suicidios ocurrió en población entre los 20 y 39 años de edad (44,7 %); sin embargo, el mayor riesgo de suicidio lo presentaron los hombres de 75 años y más. Las personas sin unión conyugal en el momento de ocurrencia del suceso fatal (soltero, divorciado o separado y viudo) fueron el 58,5 %, mientras que aquellas con unión marital vigente (casadas o en unión libre) representaron el 41,3 % <sup>(7)</sup>.

El 64,2 % de los suicidios se consumaron mediante la utilización de mecanismos generadores de asfixia, como el ahorcamiento, seguido, con amplia diferencia, por el uso de sustancias tóxicas (16,6 %), más utilizado por las mujeres. El uso de armas de fuego ocupó el tercer lugar entre el grupo de hombres (12,7 %) y el cuarto entre las mujeres (2,9 %). El lanzamiento al vacío continuó siendo una práctica a la que acudieron con más frecuencia las mujeres (10,2 %) que los hombres. A las enfermedades, físicas o mentales, se les atribuyó el 29,1 %, a los conflictos de pareja o expareja el 26,0 % y a las rupturas sentimentales o desamor el 14,8 %. Los departamentos con las tasas por 100.000 habitantes más elevadas de suicidio durante 2017 fueron, en su orden, Arauca (15,7), Vaupés (15,5), Quindío (10,6), Norte de Santander (8,3) y Putumayo <sup>(2,7,8)</sup>.

## Prevención y control

La prevención del suicidio es una de las prioridades más importantes en todas las regiones del mundo. Muchas personas que intentan poner fin a su vida proceden de colectivos vulnerables y marginados. Además, los jóvenes y las personas mayores están entre los grupos de edad más propensos a abrigar ideas de suicidio o autolesionarse. En general, las tasas de suicidio están subestimadas, debido a las carencias de los sistemas de vigilancia y a la atribución errónea de ciertos suicidios

a causas accidentales, así como a la criminalización del suicidio en algunos países. Sin embargo, en la mayoría de los países las tasas tienden a mantenerse estables o a aumentar, mientras que en otros se observa una tendencia a la baja a largo plazo <sup>(8)</sup>.

Puesto que además de los trastornos mentales hay otros muchos factores de riesgo asociados al suicidio, por ejemplo, dolor crónico o trastorno emocional agudo, las medidas preventivas no deben proceder únicamente del sector de la salud, sino que otros sectores deben actuar también simultáneamente. Pueden ser eficaces medidas como la reducción del acceso a medios para autolesionarse o suicidarse (en particular armas de fuego, plaguicidas, y acceso a medicamentos tóxicos que se puedan tomar en sobredosis), una praxis informativa responsable por parte de los medios de comunicación, la protección de las personas con elevado riesgo de suicidio y el reconocimiento y tratamiento precoces de trastornos mentales y conductas suicidas. Se tiene la meta mundial de que los países reduzcan para el año 2020 en un 10 % su tasa de mortalidad por suicidio <sup>(8)</sup>.

En Colombia se cuenta con material importante adaptado a las necesidades y características del país, respecto al manejo del tema de la conducta suicida, tales como guías clínicas, protocolos de vigilancia epidemiológica, guías para su prevención en diferentes ámbitos, instrumentos para detección temprana y documentos para el abordaje del tema del suicidio desde la atención primaria en salud y demás actores relacionados con la problemática. Es fundamental tener presente que este tema requiere una acción integral y multidisciplinaria para lograr el impacto esperado.

## Resultados

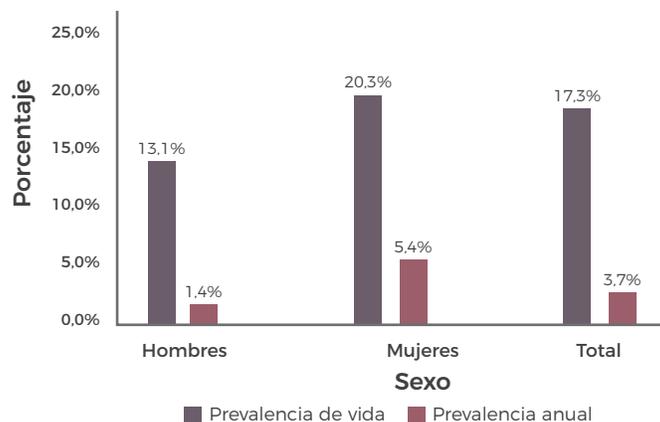
El estudio realizado en la población general de Sabaneta, incluyó como componentes del comportamiento suicida, la ideación, la planeación y el intento de suicidio, para lo cual se presentan a continuación las proporciones de prevalencia de vida y de último año, obtenidas para el total de la población y según sexo y grupos de edad.

### Ideación suicida

Aproximadamente 17 de cada 100 personas reportaron haber pensado en suicidarse alguna vez en la vida. Al analizar esta prevalencia por sexo en el último año, se encontró que esta idea se presentó más en las mujeres que en los hombres, encontrando que por cada hombre, hubo aproximadamente 4 mujeres con pensamiento suicida. En este mismo periodo (último año), el grupo de edad que presentó mayor prevalencia fue el de 19 a 29 años, seguido por el de 30 a 44 años (tabla 54, 55 y figura 41).

**Tabla 54.** Indicadores de prevalencia ideación suicida por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M/F)
Prevalencia últimos 12 meses (IC95 %)	1,4 %	5,4 %	3,7 %	0,3
	(0,1 - 3,7)	(1,8 - 9,1)	(1,4 - 6,1)	
Prevalencia de vida (IC95 %)	13,1 %	20,3 %	17,3 %	0,6
	(6,7 - 19,6)	(13,8 - 26,8)	(12,6 - 22,0)	



**Figura 41.** Prevalencia de ideación suicida por cien según sexo. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

**Tabla 55.** Indicadores de prevalencia de ideación suicida por cien según edad. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

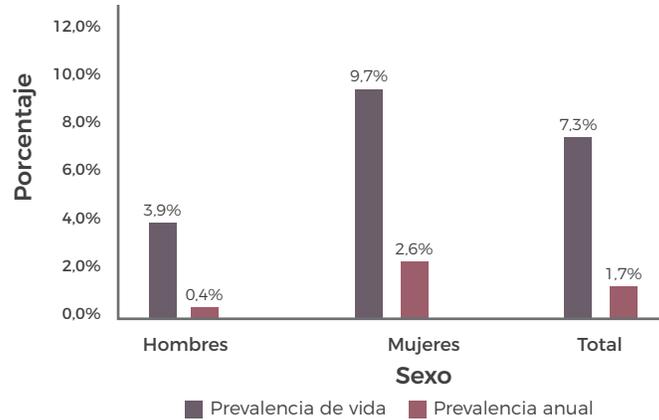
Edad	En la vida	Últimos 12 meses
15 a 18 años	20,68 %	3,08 %
19 a 29 años	15,29 %	5,81 %
30 a 44 años	19,68 %	3,93 %
45 a 65 años	16,60 %	2,71 %
<b>Total</b>	<b>17,29 %</b>	<b>3,74 %</b>

### Planeación suicida

Se encontró que 7 de cada 100 personas habían contemplado un plan para suicidarse alguna vez en la vida. Al analizar esta prevalencia por sexo en el último año, se observó que esta planeación se presentó más en las mujeres que en los hombres, encontrando que por cada hombre, hubo aproximadamente 7 mujeres que lo planearon. En este mismo periodo (último año), el grupo de edad que presentó mayor prevalencia fue el de 19 a 29 años (tabla 56, 57 y figura 42).

**Tabla 56.** Indicadores de prevalencia planeación suicida por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M/F)
Prevalencia últimos 12 meses (IC95 %)	0,4 %	2,6 %	1,7 %	0,2
	(0,01 - 1,6)	(0,1 - 5,2)	(0,1 - 3,3)	
Prevalencia de vida (IC95 %)	3,9 %	9,7 %	7,3 %	0,4
	(0,2 - 7,6)	(5,0 - 14,5)	(4,1 - 10,5)	



**Figura 42.** Prevalencia de planeación suicida por cien según sexo. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

**Tabla 57.** Indicadores de prevalencia de planeación suicida por cien según edad. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

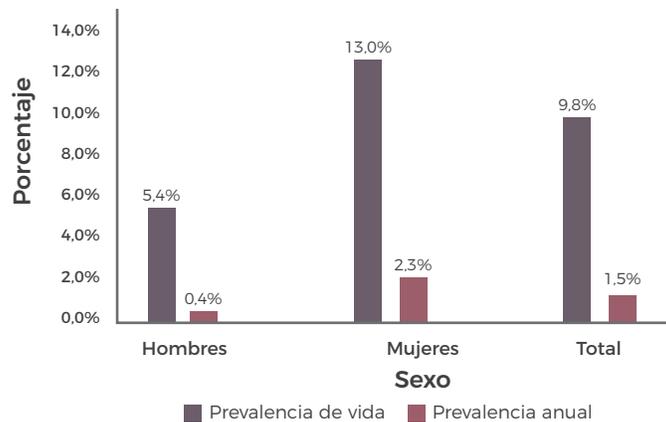
Edad	En la vida	Últimos 12 meses
15 a 18 años	6,49 %	0,00 %
19 a 29 años	7,43 %	2,49 %
30 a 44 años	7,32 %	1,62 %
45 a 65 años	7,30 %	1,75 %
<b>Total</b>	<b>7,32 %</b>	<b>1,70 %</b>

## Intento de suicidio

Se encontró que 10 de cada 100 personas habían intentado suicidarse alguna vez en la vida y aproximadamente 2 de cada 100 lo habían intentado en el último año. Al igual que la ideación y la planeación, el intento fue más frecuente en mujeres que en hombres, encontrando que por cada hombre que lo había intentado en el último año, hubo 6 mujeres. Respecto al comportamiento del evento por grupos de edad, sigue siendo el de 19 a 29 años el de mayor prevalencia. Al realizar el análisis según zona de residencia, se observó que el evento tiene mayor concentración en la zona rural respecto a la urbana, con una prevalencia anual de 2,6 % y 1,0 % respectivamente (tabla 58, 59 y figuras 43, 44).

**Tabla 58.** Indicadores de prevalencia de intento de suicidio por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

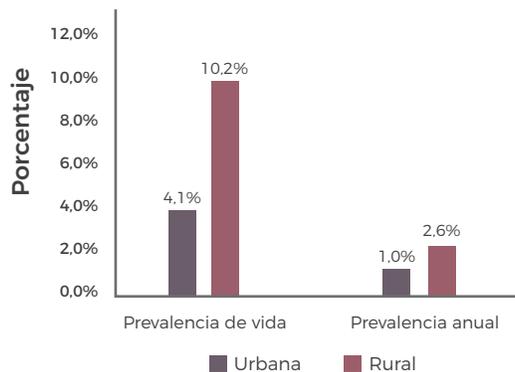
Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M/F)
Prevalencia últimos 12 meses (IC95 %)	0,4 %	2,3 %	1,5 %	0,2
	(0,01 - 1,6)	(0,1 - 4,8)	(0,1 - 3,0)	
Prevalencia de vida (IC95 %)	5,4 %	13,0 %	9,8 %	0,4
	(1,1 - 9,7)	(7,6 - 18,5)	(6,1 - 13,5)	



**Figura 43.** Prevalencia de intento de suicidio por cien según sexo. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

**Tabla 59.** Indicadores de prevalencia de intento de suicidio por cien según edad. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
15 a 18 años	7,96 %	1,52 %
19 a 29 años	8,66 %	3,55 %
30 a 44 años	10,64 %	0,63 %
45 a 65 años	10,58 %	1,00 %
<b>Total</b>	<b>9,81 %</b>	<b>1,53 %</b>



**Figura 44.** Prevalencia del intento de suicidio por cien según área de residencia. Estudio de Salud Mental-Sabaneta, 2018

## Bibliografía

1. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Colombia. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para el Intento de Suicidio. Bogotá; 2014.
2. **Organización Mundial de la Salud (OMS).** Clasificación Internacional de Enfermedades CIE X (Décima revisión) [Internet]. 2009. Disponible en: [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=263:clasificacion-internacional-de-enfermedades-cie-10&Itemid=0](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=263:clasificacion-internacional-de-enfermedades-cie-10&Itemid=0)
3. **International Association for suicide prevention.** Boletín Día Mundial para la prevención del suicidio. Trabajando juntos para prevenir el suicidio. Washington D.C; 2018.
4. **Organización Mundial de la Salud - OMS.** Suicidio [Internet]. [citado 6 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
5. **Organización Mundial de la Salud.** Prevención del suicidio, un imperativo global [Internet]. 2014. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/es/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/)
6. **Organización Panamericana de la Salud.** Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf>
7. **Instituto Colombiano de Medicina Legal.** Informe Forensis. Comportamiento del suicidio [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
8. **Organización Mundial de la Salud - OMS.** Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. 2013. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)



# 11

## RESULTADOS GLOBALES

**DIANA RESTREPO BERNAL**

Psiquiatra de Enlace

Mg. Epidemiología

Coordinadora Grupo Salud Mental

**GLORIA MARÍA SIERRA HINCAPIÉ**

Gerente de Sistemas de Información en Salud

Mg. Epidemiología

Grupo Salud Mental

Diana Restrepo Bernal // Gloria María Sierra

A continuación, se presentan los resultados globales de los diferentes trastornos mentales y comportamiento suicida evaluados según sexo, edad y zona de residencia. Igualmente, se analizan las prevalencias de vida, anual y en los últimos 30 días. Al final se presenta la predicción de casos para cada trastorno mental a partir de las prevalencias obtenidas y la comparación de las prevalencias de los trastornos mentales en el municipio de Sabaneta con las prevalencias de otros tres estudios de salud mental, realizados en municipios del área metropolitana de Medellín (tabla 60).

**Tabla 60.** Indicadores de prevalencia de vida para uno o más trastornos psiquiátricos por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

En la vida	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Un trastorno	8,87 %	11,66 %	10,36 %	1,31
Dos trastornos	2,13 %	4,60 %	3,45 %	2,16
Tres o más trastornos	2,84 %	3,99 %	3,45 %	1,41
Cualquier trastorno mental	13,63 %	21,49 %	17,84 %	1,58

En la tabla anterior se presenta las prevalencias según sexo para uno o varios trastornos mentales en la vida. Para el total de la población la prevalencia de un trastorno mental fue de 10,36 %, mayor en las mujeres con 11,66 % en comparación con 8,87 % en los hombres y una razón de 1,31 mujeres por cada hombre.

La prevalencia de dos trastornos mentales en la vida fue de 4,60 % en las mujeres y 2,13 % en los hombres, con una razón de 2,16 mujeres por cada hombre.

La prevalencia en la vida de tres o más trastornos mentales fue de 3,45 % para el total de la población, mayor en las mujeres con 3,99 % en comparación con 2,84 % en los hombres, para una razón de 1,41 mujeres por cada hombre.

Finalmente, la prevalencia en la vida de cualquier trastorno mental fue mayor para las mujeres con 21,49 % frente a 13,63 % en los hombres para una relación de 1,58 mujeres por cada hombre afectado.

### Prevalencia últimos doce meses

**Tabla 61.** Indicadores de prevalencia de último año para uno o más trastornos psiquiátricos por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

En el último año	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Un trastorno	3,55 %	7,36 %	5,59 %	2,08
Dos trastornos	1,06 %	0,61 %	0,82 %	0,58
Tres o más trastornos	0,00 %	1,23 %	0,66 %	NC
Cualquier trastorno mental	4,96 %	10,10 %	7,72 %	2,03

En la tabla anterior se presenta la prevalencia en los últimos 12 meses para uno o más trastornos mentales según sexo. Se encontró que la prevalencia de un trastorno mental fue de 7,36 % en mujeres y 3,55 % en hombres, con una razón de 2,08 mujeres afectadas por cada hombre afectado.

La prevalencia de dos trastornos mentales en el último año fue mayor en hombres con 1,06 % frente a 0,61 % en mujeres y una razón de 0,58 mujeres por cada hombre afectado. La prevalencia de tres o más trastornos mentales durante el último año para las mujeres fue de 1,23 % y no se presentaron casos en hombres.

Finalmente, la prevalencia de cualquier trastorno mental durante los últimos 12 meses fue de 7,72 % para el total de la población, siendo mayor en las mujeres con 10,10 % y 4,96 % en hombres, con una razón de 2,03 mujeres afectadas por cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses por cada hombre afectado en el mismo período de tiempo.

## Comportamiento por grupo de trastornos

### Trastornos de ansiedad

En la [tabla 62](#) se presenta la prevalencia de los trastornos de ansiedad según sexo en los últimos 12 meses. De forma general, se encontró que las prevalencias para todos los trastornos ansiosos son mayores en las mujeres, excepto en la ansiedad por separación. La prevalencia más alta se encontró para la fobia específica con 3,8 %, seguido por trastorno obsesivo compulsivo con 1,9 % y a continuación ansiedad generalizada con 1,7 %. Las proporciones en hombres fueron bajas y para algunos trastornos no se encontraron casos. Para el total de la población la prevalencia para cualquier trastorno ansioso en los últimos 12 meses fue de 4,2 % mayor en mujeres que en hombres, 7,5 % vs 0,4 % respectivamente.

**Tabla 62.** Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Trastorno	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Trastorno de pánico	0,0 %	0,6 %	0,3 %	0,00
Ansiedad generalizada	0,2 %	1,7 %	1,0 %	0,12
Agorafobia	0,0 %	0,4 %	0,2 %	0,00
Fobia social	0,0 %	0,9 %	0,5 %	0,00
Fobia específica	0,0 %	3,8 %	2,0 %	0,00
Estrés postraumático	0,0 %	1,0 %	0,6 %	0,00
Ansiedad por separación	0,5 %	0,0 %	0,2 %	NC
Obsesivo compulsivo	0,0 %	1,9 %	1,1 %	0,00
Cualquier trastorno de ansiedad	0,4 %	7,5 %	4,2 %	0,05

### Trastornos del estado del ánimo

En la [tabla 63](#) se presenta la prevalencia en los últimos 12 meses para los trastornos del ánimo, se encontró una prevalencia para depresión mayor de 3,50 % en mujeres y 1,70 % en hombres, para un total en la población de 2,70 % y una

relación de 2,06 mujeres por cada hombre afectado. Para distimia la prevalencia en mujeres fue de 0,60 % y en los hombres 0,10 % para una razón de 6 mujeres por cada hombre afectado. Para trastorno afectivo bipolar I y II se encontró una prevalencia en hombres de 0,10 % y no se presentaron casos en mujeres. Finalmente la prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos del ánimo en el total de la población fue de 2,70 %, mayor en mujeres que en hombres, 3,50 % vs 1,90 % respectivamente y una relación de 1,84 mujeres por cada hombre.

**Tabla 63.** Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos del ánimo por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Trastorno	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Depresión mayor	1,70 %	3,50 %	2,70 %	2,06
Distimia	0,10 %	0,60 %	0,40 %	6,00
Bipolar I, II	0,10 %	0,00 %	0,10 %	NC
Cualquier trastorno afectivo	1,90 %	3,50 %	2,70 %	1,84

### Trastornos de inicio de infancia, niñez y adolescencia

En la [tabla 64](#) se presentan las prevalencias de los trastornos de inicio en la niñez y adolescencia durante los últimos 12 meses según sexo. No se encontraron casos de trastorno de conducta, ni de trastorno negativista desafiante en este lapso de tiempo. Para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se encontró una prevalencia de 3,70 % para los hombres y no se encontraron casos en las mujeres. Finalmente, la prevalencia para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia en los últimos 12 meses fue de 1,50 % para el total de la población, mayor en los hombres en comparación con las mujeres, 1,70 % vs 1,40 % y una razón de 0,82 mujer por cada hombre afectado.

**Tabla 64.** Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos del impulso o de inicio en la infancia, niñez y la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Trastorno	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Trastorno de conducta	0,00 %	0,00 %	0,00 %	NC
Negativista desafiante	0,00 %	0,00 %	0,00 %	NC
Déficit de atención e hiperactividad	3,70 %	0,00 %	1,50 %	0,00
Cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia	1,70 %	1,40 %	1,50 %	0,82

### Trastornos por uso de sustancias

En la [tabla 65](#) se presentan las prevalencias en los últimos 12 meses para los trastornos por uso de sustancias según sexo. Se encontró una mayor prevalencia de abuso de alcohol en hombres en comparación con las mujeres, 1,40 % vs 1,00 %

respectivamente. Para el total de la población fue de 1,20 % y una razón de 1,40 hombres por cada mujer afectada.

**Tabla 65.** Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según sexo y razón hombre/mujer.  
Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Trastorno	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (M:F)
Abuso de alcohol	1,40 %	1,00 %	1,20 %	1,40
Dependencia de alcohol	1,40 %	0,70 %	1,00 %	2,00
Abuso de drogas	0,30 %	0,00 %	0,10 %	NC
Dependencia de drogas	0,00 %	0,00 %	0,00 %	NC
Cualquier trastorno por uso de sustancias	1,70 %	1,00 %	1,30 %	1,70

Para la dependencia de alcohol, se encontró una prevalencia de 1,40 % en hombres y 0,70 % en mujeres. Para el total de la población fue de 1,00 % con una razón de 2 hombres por cada mujer afectada.

El trastorno por abuso de drogas presentó una prevalencia de 0,30 % en hombres y no se presentaron casos en las mujeres. Para la dependencia de drogas no se presentaron casos en los últimos 12 meses.

La prevalencia de cualquier trastorno por uso de sustancias para el total de la población fue de 1,30 %, para los hombres 1,70 % y para las mujeres 1,00 % con una razón de 1,70 hombres por cada mujer afectada.

En la **tabla 66** se presentan las prevalencias para trastornos por uso de sustancias en los últimos 12 meses según grupo poblacional (adultos y adolescentes). Se encontró que para el trastorno por abuso de alcohol la prevalencia mayor la presentaron los adolescentes con 1,68 % en comparación con 1,08 % en adultos.

**Tabla 66.** Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según grupos de adolescentes y adultos.  
Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Trastorno	Adultos	Adolescentes
Abuso de alcohol	1,08 %	1,68 %
Dependencia de alcohol	1,08 %	0,00 %
Abuso de drogas	0,00 %	2,31 %
Dependencia de drogas	0,00 %	0,00 %
Cualquier trastorno por uso de sustancias	1,08 %	3,99 %

Para la dependencia al alcohol, se encontró una prevalencia de 1,08 % en adultos y no se presentaron casos en adolescentes. Para el abuso de drogas se encontró una prevalencia de 2,31 % en adolescentes y no se presentaron casos en los adultos.

Para la dependencia a drogas no se encontraron casos ni en adultos ni en adolescentes en el período estudiado. Finalmente, la prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias fue de 1,08 % para los adultos y de 3,99 % en los adolescentes.

La **tabla 67** presenta las prevalencias de los trastornos por uso de sustancias según lugar de residencia. Se encontró mayor prevalencia para el abuso de alcohol y la dependencia al alcohol en zona rural en comparación con la urbana (5,53 % vs 2,09 % y 2,20 % vs 0,00 %). Con las prevalencias de drogas tanto el abuso como la dependencia, se encontraron mayores prevalencias en la zona urbana comparada con la rural (3,94 % vs 2,29 % y 1,45 % vs 0,19 %).

**Tabla 67.** Indicadores de prevalencia en la vida para trastornos por uso de sustancias por cien según lugar de residencia. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Trastorno en la vida	Urbana	Rural
Abuso de alcohol	2,09 %	5,53 %
Dependencia de alcohol	0,00 %	2,20 %
Abuso de drogas	3,94 %	2,29 %
Dependencia de drogas	1,45 %	0,19 %
Cualquier trastorno por uso de sustancias	5,19 %	7,37 %

Finalmente, la prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias fue mayor en zona rural con 7,37 % comparado con 5,19 % en zona urbana.

En la **tabla 68** se presentan las prevalencias de los trastornos por uso de sustancias en el último año, según lugar de residencia. Para el abuso y dependencia al alcohol los casos se presentaron en la zona rural, con 1,43 % y 1,17 % respectivamente. Los casos de abuso de drogas se presentaron en zona urbana y no hubo casos para dependencia a drogas. Finalmente, la prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias fue de 1,43 % en zona rural, en comparación con 0,28 % en zona urbana.

**Tabla 68.** Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según lugar de residencia. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Trastorno en el último año	Urbana	Rural
Abuso de alcohol	0,00 %	1,43 %
Dependencia de alcohol	0,00 %	1,17 %
Abuso de drogas	0,28 %	0,00 %
Dependencia de drogas	0,00 %	0,00 %
Cualquier trastorno por uso de sustancias	0,28 %	1,43 %

## Trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos

En la **tabla 69** se presenta la comparación de las prevalencias de vida para los trastornos mentales agrupados y el comportamiento suicida evaluados según grupo de población (adolescente y adulto). Las prevalencias más altas se encontraron para el comportamiento suicida tanto en adolescentes como en adultos (20,68 % vs 17,01 % respectivamente). En segundo lugar, se ubicaron los trastornos de ansiedad con mayor prevalencia en los adultos frente a los adolescentes (10,13 % vs 5,99 % respectivamente).

**Tabla 69.** Prevalencia de vida de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Trastorno	Adolescentes
Trastorno de pánico	0,78 %
Ansiedad generalizada	0,91 %
Fobia Social	0,91 %
Fobia específica	0,81 %
Agorafobia	0,00 %
Estrés postraumático	10,65 %
Ansiedad por separación	3,28 %
Obsesivo compulsivo	0,00 %
Cualquier trastorno ansiedad	5,99 %
Depresión mayor	3,98 %
Distimia	0,81 %
Bipolar I, II y Sub	1,59 %
Cualquier trastorno afectivo	5,57 %
Negativista desafiante	3,24 %
Trastorno de conducta	1,56 %
Déficit de Atención e hiperactividad	4,85 %
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	6,53 %
Abuso de alcohol	1,68 %
Dependencia de Alcohol	0,00 %
Abuso de drogas	8,79 %
Dependencia de drogas	0,00 %
Bulimia	0,00 %
Anorexia	0,00 %
Cualquier trastorno de la alimentación	0,00 %
Ideación suicida	20,68 %
Planeación suicida	6,49 %
Intento de suicidio	8,66 %
Comportamiento suicida	20,68 %

Cuando se analizaron los trastornos de forma independiente, para los adultos los trastornos con las prevalencias más altas fueron: ideación suicida (17,01 %), intento de suicidio (10,01 %), depresión mayor (7,78 %) y el abuso de alcohol (5,88 %). En tanto que para los adolescentes fueron: ideación suicida (20,68 %), trastorno de estrés postraumático (10,65 %), abuso de drogas (8,79 %) e intento suicida (8,66 %).

No se presentaron casos para trastornos de la conducta alimentaria en adultos ni en adolescentes.

En la [tabla 70](#) se presentan las prevalencias en los últimos 12 meses para todos los trastornos mentales evaluados según grupos de población (adolescentes y adultos).

Se observa que el comportamiento suicida presentó la prevalencia más alta en adultos (3,87 %). En tanto que para los grupos de trastornos mentales, las mayores prevalencias en los adultos fueron: cualquier trastorno de ansiedad (4,39 %), cualquier trastorno afectivo (2,83 %) y cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia (1,59 %). En los adolescentes las mayores prevalencias encontradas para cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses fueron: trastorno por uso de sustancias (3,99 %), comportamiento suicida (3,08 %), cualquier trastorno de ansiedad (2,13 %) y cualquier trastorno afectivo (1,62 %).

**Tabla 70.** Prevalencia anual de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Trastorno	Adolescentes	Adultos
Trastorno de pánico	0,00 %	0,38 %
Ansiedad generalizada	0,00 %	1,11 %
Fobia Social	0,91 %	0,44 %
Fobia específica	0,00 %	2,22 %
Agorafobia	0,00 %	0,25 %
Estrés postraumático	0,00 %	0,62 %
Ansiedad por separación	3,28 %	0,00 %
Obsesivo compulsivo	0,00 %	1,26 %
Cualquier trastorno ansiedad	2,13 %	4,39 %
Depresión mayor	0,81 %	2,83 %
Distimia	0,81 %	0,38 %
Bipolar I, II y Sub	0,81 %	0,00 %
Cualquier trastorno afectivo	1,62 %	2,83 %
Negativista desafiante	0,00 %	0,00 %
Trastorno de conducta	0,00 %	0,00 %
Déficit de Atención e hiperactividad	0,00 %	1,59 %
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	0,00 %	1,59 %
Abuso de alcohol	1,68 %	1,08 %
Dependencia de Alcohol	0,00 %	1,08 %
Abuso de drogas	2,31 %	0,00 %
Dependencia de drogas	0,00 %	0,00 %
Cualquier trastorno por uso de sustancias	3,99 %	1,08 %
Bulimia	0,00 %	0,00 %
Anorexia	0,00 %	0,00 %
Cualquier trastorno de la alimentación	0,00 %	0,00 %
Ideación suicida	3,08 %	3,87 %
Planeación suicida	0,00 %	1,87 %
Intento de suicidio	1,52 %	1,54 %
Comportamiento suicida	3,08 %	3,87 %

En los adolescentes, las prevalencias más altas en los últimos 12 meses fueron para el trastorno de ansiedad por separación con 3,28 %, seguido de la ideación suicida con 3,08 % y el abuso de drogas con 2,31 %.

## Trastornos mentales por área de residencia

En la **tabla 71** se presentan las prevalencias de vida para todos los trastornos mentales evaluados según zona de residencia en los últimos 12 meses. Los principales problemas mentales en la zona rural del Municipio fueron, en orden descendente: comportamiento suicida (16,68 %), cualquier trastorno de ansiedad (12,66 %) y cualquier trastorno afectivo (9,60 %). En la zona urbana, comportamiento suicida (8,75 %), cualquier trastorno por uso de sustancias y cualquier trastorno de ansiedad (5,19 %).

**Tabla 71.** Prevalencia de vida de trastornos mentales por área de residencia. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Trastorno en la vida	Urbana	Rural
Trastorno de pánico	0,60 %	0,23 %
Ansiedad generalizada	0,86 %	2,03 %
Fobia Social	0,60 %	1,85 %
Fobia específica	2,29 %	4,62 %
Agorafobia	0,40 %	0,38 %
Estrés postraumático	2,01 %	5,15 %
Ansiedad por separación	0,35 %	1,80 %
Obsesivo compulsivo	1,90 %	0,00 %
Cualquier trastorno ansiedad	5,19 %	12,66 %
Depresión mayor	4,49 %	8,32 %
Distimia	0,70 %	0,00 %
Bipolar I, II y Sub	0,00 %	1,27 %
Cualquier trastorno afectivo	4,49 %	9,60 %
Negativista desafiante	1,09 %	1,86 %
Trastorno de conducta	0,00 %	1,47 %
Déficit de Atención e hiperactividad	2,02 %	4,41 %
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia		
Abuso de alcohol	2,09 %	5,53 %
Dependencia de Alcohol	0,00 %	2,20 %
Abuso de drogas	3,94 %	2,29 %
Dependencia de drogas	1,45 %	0,19 %
Cualquier trastorno por uso de sustancias	5,19 %	7,37 %
Bulimia	0,00 %	0,00 %
Anorexia	0,00 %	0,00 %
Cualquier trastorno de la alimentación	0,00 %	0,00 %
Ideación suicida	8,75 %	16,68 %
Planeación suicida	4,45 %	7,35 %
Intento de suicidio	4,14 %	10,23 %
Comportamiento suicida	8,75 %	16,68 %

Al analizar los trastornos mentales de forma individual, excluyendo el comportamiento suicida, que como tal no hace parte de los trastornos mentales, puesto que es la resultante comportamental de otros trastornos en la mayoría de los casos, se observó que los principales problemas en las zonas rurales fueron: depresión mayor (8,32 %), abuso de alcohol (5,53 %), trastorno de estrés postraumático (5,15 %) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (4,41 %). En la zona urbana los principales problemas fueron: depresión mayor (4,49 %), abuso de drogas (3,94 %), abuso de alcohol (2,09 %) y trastorno por déficit de atención de hiperactividad (2,02 %).

En la **tabla 72** se presentan las prevalencias en el último año para todos los trastornos mentales evaluados según zona de residencia. Se observa que los principales problemas mentales en el último año en zona rural fueron: el comportamiento suicida (5,20 %), cualquier trastorno de ansiedad (3,83 %), cualquier trastorno afectivo (2,93 %) y cualquier trastorno por uso de sustancias (1,43 %). En la zona urbana los principales problemas mentales fueron: cualquier trastorno de ansiedad (2,87 %), comportamiento suicida (2,35 %) y cualquier trastorno afectivo (2,01 %).

**Tabla 72.** Prevalencia anual de trastornos mentales por área de residencia. Estudio de Salud Mental – Sabaneta, 2018

Trastorno en el último año	Urbana	Rural
Trastorno de pánico	0,60 %	0,00 %
Ansiedad generalizada	0,69 %	1,21 %
Fobia Social	0,30 %	0,49 %
Fobia específica	0,85 %	2,08 %
Agorafobia	0,00 %	0,38 %
Estrés postraumático	1,09 %	0,00 %
Ansiedad por separación	0,00 %	0,38 %
Obsesivo compulsivo	1,90 %	0,00 %
Cualquier trastorno ansiedad	2,87 %	3,83 %
Depresión mayor	2,01 %	2,80 %
Distimia	0,70 %	0,00 %
Bipolar I, II y Sub	0,00 %	0,13 %
Cualquier trastorno afectivo	2,01 %	2,93 %
Negativista desafiante	0,00 %	0,00 %
Trastorno de conducta	0,00 %	0,00 %
Déficit de Atención e hiperactividad	1,00 %	0,84 %
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia		
Abuso de alcohol	0,00 %	1,43 %
Dependencia de Alcohol	0,00 %	1,17 %
Abuso de drogas	0,28 %	0,00 %
Dependencia de drogas	0,00 %	0,00 %

Continúa

Continuación

Cualquier trastorno por uso de sustancias	0,28 %	1,43 %
Bulimia	0,00 %	0,00 %
Anorexia	0,00 %	0,00 %
Cualquier trastorno de la alimentación	0,00 %	0,00 %
Ideación suicida	2,35 %	5,20 %
Planeación suicida	1,74 %	1,79 %
Intento de suicidio	0,98 %	2,60 %
Comportamiento suicida	2,35 %	5,20 %

El trastorno mental más prevalente en el último año en zona rural y urbana fue la depresión mayor con 2,80 % y 2,01 % respectivamente. El comportamiento suicida que no es considerado un trastorno como tal, tuvo las más altas prevalencias con 2,35 % en zona urbana y 5,20 % en zona rural.

En la **tabla 73** se presentan los casos estimados para cada uno de los trastornos mentales evaluados. Esta predicción se realizó con base en una población de 43 764 habitantes para el año 2018 mayores de 14 años (población objeto del estudio), según fuentes del municipio de Sabaneta. Los 1838 casos de ansiedad ocupan el primer lugar en frecuencia, sin embargo, se destacan los 1182 casos de depresión mayor, lo que concuerda con la literatura científica actual que sitúa a la depresión como un problema de salud pública y que exige la mayor atención de aquellos encargados de tomar medidas de salud pública de una población. Merece igual atención los 744 casos de planeación suicida, porque el comportamiento suicida se estructura en la mayoría de los casos a partir de ideas que permiten la aparición de planes y la posterior ejecución de los mismos, por tanto, estos son potenciales suicidas que requiere intervención prioritaria de salud.

**Tabla 73.** Resultado de la aplicación del modelo predictivo de la estimación de casos para el año 2018 en el municipio de Sabaneta.

Trastorno	%	Casos estimados 2018 (Población 43.764)
Trastorno de pánico	0,3 %	131
Ansiedad generalizada	1,0 %	438
Agorafobia	0,2 %	88
Fobia social	0,5 %	219
Fobia específica	2,0 %	875
Estrés postraumático	0,6 %	263
ansiedad por separación	0,2 %	88
Obsesivo compulsivo	1,1 %	481
Cualquier trastorno de ansiedad	4,2 %	1838
Depresión mayor	2,7 %	1182

Continúa

Continuación

Distimia	0,4 %	175
Bipolar I, II	0,1 %	44
Cualquier trastorno afectivo	2,7 %	1182
Trastorno de conducta	0,3 %	131
Negativista desafiante	0,0 %	0
Déficit de atención e hiperactividad	1,5 %	656
Cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia	1,5 %	656
Abuso de alcohol	1,2 %	525
Dependencia de alcohol	1,0 %	438
Abuso de drogas	0,1 %	44
Dependencia de drogas	0,0 %	0
Cualquier trastorno por uso de sustancias	1,3 %	569
Anorexia	0,0 %	0
Bulimia	0,0 %	0
Cualquier trastorno de la alimentación	0,0 %	0
Ideación suicida	3,7 %	1637
Planeación suicida	1,7 %	744
Intento de suicidio	1,5 %	670
Comportamiento suicida	3,7 %	1637

Los 656 casos de niños y adolescentes con trastornos mentales, particularmente trastorno por déficit de atención e hiperactividad, requieren una pronta intervención multimodal que incluya educación a los profesores y padres, además de intervención psicológica y psiquiátrica para garantizar que estos niños y jóvenes reciban el tratamiento óptimo para los trastornos mentales que sufren y que de no ser tratados los expondrán a un mayor riesgo de conductas de riesgo, consumo precoz de sustancias, embarazo adolescente, accidentalidad, fracaso escolar, entre otros problemas físicos y psicosociales.

El alcohol aporta un número considerable de casos tanto por abuso como por dependencia. Entre estos dos problemas, se cuentan 963 personas que no sólo están deteriorando su salud mental, sino también la salud física y las consecuencias familiares y sociales de estos comportamientos adictivos.

En la [tabla 74](#), se presenta una comparación de las prevalencias en los últimos 12 meses de los trastornos mentales evaluados con el instrumento CIDI, en cuatro estudios de salud mental que comparten la misma metodología, pero realizados en cuatro municipios diferentes del departamento de Antioquia que hacen parte del área metropolitana, esto es, los municipios de Medellín, Itagüí, Envigado y Sabaneta. Es necesario tener presente que los estudios de Medellín e Itagüí se realizaron en años diferentes pero cercanos (2011 y 2012), en tanto que los estudios de Envigado y Sabaneta, cercanos entre sí, se realizaron en 2017 y 2018.

**Tabla 74.** Comparación de la Prevalencia anual de trastornos mentales para Medellín - Itagüí - Envigado - Sabaneta

Trastorno	Medellín 2011	Itagüí 2012	Envigado 2017	Sabaneta 2018
Trastorno de pánico	0,8 %	0,2 %	0,7 %	0,3 %
Ansiedad generalizada	1,1 %	0,8 %	0,3 %	1,0 %
Fobia Social	3,0 %	2,0 %	1,5 %	0,2 %
Fobia específica	5,8 %	4,8 %	2,0 %	0,5 %
Agorafobia	0,9 %	0,0 %	0,2 %	2,0 %
Estrés postraumático	1,2 %	0,3 %	0,1 %	0,6 %
Ansiedad por separación	1,0 %	1,2 %	1,0 %	0,2 %
Obsesivo compulsivo	4,6 %	2,3 %	2,0 %	1,1 %
Cualquier trastorno ansiedad	10,3 %	8,8 %	4,4 %	4,2 %
Depresión mayor	4,1 %	2,7 %	2,4 %	2,7 %
Distimia	0,5 %	0,1 %	0,5 %	0,4 %
Bipolar I, II y Sub	0,8 %	0,9 %	0,9 %	0,1 %
Cualquier trastorno afectivo	4,9 %	3,6 %	3,3 %	2,7 %
Negativista desafiante	2,0 %	2,0 %	0,7 %	0,3 %
Trastorno de conducta	0,7 %	1,3 %	0,3 %	0,0 %
Déficit de Atención e hiperactividad	1,4 %	0,8 %	0,8 %	1,5 %
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	3,3 %	2,5 %	1,5 %	1,5 %
Abuso de alcohol	3,6 %	1,8 %	3,3 %	1,2 %
Dependencia de Alcohol	1,9 %	0,7 %	1,7 %	1,0 %
Abuso de drogas	1,8 %	3,1 %	1,1 %	0,1 %
Dependencia de drogas	0,7 %	1,3 %	1,0 %	0,0 %
Cualquier trastorno por uso de sustancias	5,2 %	4,8 %	4,7 %	1,3 %
Bulimia	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Anorexia	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Cualquier trastorno de la alimentación	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Ideación suicida	3,6 %	4,4 %	6,9 %	3,7 %
Planeación suicida	1,3 %	1,2 %	2,8 %	1,7 %
Intento de suicidio	0,8 %	1,0 %	2,7 %	1,5 %
Comportamiento suicida	3,6 %	4,4 %	6,9 %	3,7 %

Para la mayoría de los trastornos mentales se encontraron prevalencias más altas en el estudio de Medellín y de modo general, en el estudio de Sabaneta, se encontraron prevalencias más bajas. No obstante, es importante tener presente que

estos dos estudios fueron realizados con 6 años de diferencia y más allá de las diferencias demográficas y culturales, se tiene los cambios sociopolíticos que ha vivido la región y el país en este tiempo.

En los cuatro estudios se encontró que la categoría con mayor prevalencia es la de cualquier trastorno ansioso, y la de menor prevalencia los trastornos de la conducta alimentaria. Si se considera cada trastorno mental de forma independiente, la depresión mayor cobra protagonismo en los cuatro estudios porque es el trastorno con mayor prevalencia especialmente en Medellín (4,2 %), y muy similar en Itagüí, Envigado y Sabaneta (2,7 %, 2,4 % y 2,7 % respectivamente).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad tuvo la prevalencia más alta en el estudio de Sabaneta (1,5 %), similar a la prevalencia de Medellín (1,4 %) y por encima de las encontradas en Itagüí (0,8 %) y Envigado (0,8 %).

En cuanto a los trastornos por uso de sustancias, al comparar los cuatro estudios, se observa que en Sabaneta las prevalencias son menores lo cual puede ser objeto de análisis con el fin de identificar posibles factores de protección frente a estos comportamientos y poderlos estimular en otros municipios y comunidades. No obstante, se encontró una problemática clara con el uso de alcohol en 1 de cada 100 personas del municipio de Sabaneta.

El comportamiento suicida, mostró prevalencias preocupantes en los cuatro estudios. En el municipio de Sabaneta se encontraron prevalencias similares en la ideación suicida a lo encontrado en el estudio de Medellín en el 2011-2012, sin embargo, la prevalencia para planeación suicida e intento de suicidio fueron mayores en Sabaneta que en Medellín. De los cuatro municipios, el comportamiento suicida con mayor prevalencia fue Envigado seguido de Itagüí y luego de Sabaneta. Estos hallazgos ameritan un cuidadoso análisis para planear las estrategias integrales que aborden este comportamiento complejo.



# 12

## **DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

**DIANA RESTREPO BERNAL**

Psiquiatra de Enlace

Mg. Epidemiología

Coordinadora Grupo Salud Mental

**YOLANDA TORRES DE GALVIS**

ND. Epidemióloga

Mg. en Salud Pública Dra. HC

Líder Grupo Salud Mental

Diana Restrepo Bernal // Yolanda Torres de Galvis

El municipio de Sabaneta cuenta ya con el primer estudio de Salud Mental en población general. Este hecho histórico, constituye una oportunidad única para quienes toman las decisiones y orientan el rumbo del Municipio. Si bien disponer de este estudio es una fortaleza, a su vez marca un gran compromiso de quienes orientan los programas de Salud Mental.

La calidad de la información aquí presentada y el respaldo metodológico del estudio, aseguran las bases para la orientación de las prioridades y la formulación de políticas encaminadas a mejorar estos importantes problemas de salud mental de la población de Sabaneta.

Las investigaciones que se han realizado a nivel mundial, bajo la metodología del Estudio Mundial de Salud Mental, permite a quienes están encargados de formular las políticas públicas y la toma de decisiones en este caso orientadas a mejorar la salud de las comunidades, contar con un diagnóstico actual, de la más alta confiabilidad, como línea de base para la evaluación de las intervenciones que se implementen.

Este estudio, como otros que han sido realizados por el Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad CES, comparte la característica positiva de la aceptación y cooperación de las personas seleccionadas en la muestra, lo cual verifica el gran esfuerzo que el grupo interinstitucional dedicó a la etapa de preparación de la comunidad.

También consideramos como fortaleza de este estudio, el poder comparar los resultados con los hallazgos de otros estudios que comparten igual metodología tanto en el ámbito regional, nacional e internacional.

Para corresponder al esfuerzo realizado, recomendamos con base en los hallazgos presentados, orientar los programas de prevención hacia las prioridades encontradas de acuerdo con los siguientes aspectos:

La salud mental es un aspecto fundamental en la vida de todos los seres humanos, como lo ha proclamado la OMS, “sin salud mental no hay salud”. La salud mental es esencial para el bienestar personal, las relaciones familiares y el progreso de una comunidad y de la sociedad en general.

La mala salud mental en asocio con otro determinante de la salud como es la pobreza, interactúan en un ciclo negativo, donde la mala salud mental se convierte en un obstáculo para que la persona desarrolle sus capacidades de aprender y de transformar productivamente su existencia y la de aquellos con quienes convive y, por su parte, la pobreza incrementa el riesgo de sufrir de un trastorno mental.

Es por esto necesario un esfuerzo mayor para transformar y generar políticas de salud mental que prioricen estos asuntos en la agenda pública, con el fin de garantizar que se asignen los recursos para encarar y transformar positivamente esta realidad.

De acuerdo con esto, se recomienda orientar los programas de prevención hacia las prioridades encontradas:

1. Los trastornos que presentan una mayor prevalencia:
  - Depresión.
  - Comportamiento suicida.
  - Trastornos por uso de sustancias.
2. Los grupos de riesgo según variables sociodemográficas:
  - Niños (prevención del consumo de sustancias psicoactivas).
  - Detección precoz y tratamiento oportuno de casos de déficit de atención e hiperactividad, depresión y ansiedad, con énfasis en los niños y jóvenes.
  - Incluir la salud mental como un elemento a cuidar y evaluar en el ambiente laboral.
  - Cuidar la salud mental del adulto mayor del municipio a través de la promoción de la salud mental positiva y la identificación temprana de casos de depresión, ansiedad, uso de sustancias y comportamiento suicida.
  - Con personas del sexo masculino prevenir el consumo de sustancias y educar frente a los síntomas de depresión en ellos, para que se venza el estigma y se consulte a tiempo. De igual forma con este grupo es importante prevenir el comportamiento suicida.
  - Con personas del sexo femenino prevenir la depresión y la ansiedad.
3. Las zonas geográficas, rural y urbana:
  - Centrar la mirada en la salud mental de la zona rural del municipio donde la prevalencia de los trastornos ansiosos y depresivos son el doble de lo observado en la zona urbana, y de igual forma el comportamiento suicida que se encuentra también por encima del observado en la zona urbana.

Para enfocar estos esfuerzos de forma precisa se recomienda, además:

Capacitar a los profesionales de atención primaria en salud, en temas básicos del diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales más frecuentes en la población general esto es depresión, ansiedad generalizada, trastornos por uso de alcohol, y comportamiento suicida. Además, capacitarlos para que usen los instrumentos de tamización para estos trastornos y que, con base en ellos, prescriban tratamientos basados en la mejor evidencia disponible.

- Capacitar a los maestros para promocionar aspectos esenciales de salud mental y educarlos frente a los síntomas tempranos de enfermedad mental. Además, diseñar una ruta de atención en el municipio que le permita al docente, saber cómo proceder cuándo se detecte un caso en el colegio.
- Capacitar a los padres de familia frente a la promoción de la salud mental y la detección temprana de síntomas de enfermedad mental en sus hijos, así como promover un ambiente amoroso y estimulante para niños y adolescentes, donde se le respete, cuide y oriente en su proceso de crecimiento.
- Capacitar a médicos generales respecto al manejo básico de trastornos mentales y comportamiento suicida, identificación temprana, intervenciones breves y referenciación a otras disciplinas o niveles de atención.
- Estimular a los colegios con ayuda del sector salud a tamizar periódicamente para detectar pacientes en riesgo de los trastornos mentales más comunes y conducta suicida. Esto sin duda sería una estrategia que permitiría desde el origen mismo de los problemas y le permitiría al municipio comprometerse de forma clara con la salud mental de la población.
- Fortalecer el sistema de información y las investigaciones en salud mental, que permitan el monitoreo continuo y la evaluación de las intervenciones implementadas, para con base en estos datos, tomar decisiones y ajustar para mejorar.

- Programar tempranamente la realización del Segundo Estudio de Salud Mental, el cual permitirá evaluar las intervenciones propuestas y su real impacto en la población.

Recomendaciones desde la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales:

La salud mental es un componente esencial de la salud de cualquier persona, familia o comunidad. Es un factor directamente asociado con el bienestar y la felicidad humana <sup>(1)</sup>.

En América Latina y el Caribe, los problemas mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de las enfermedades, por esto, se requieren recursos suficientes y apropiadamente distribuidos para subsanar la importante brecha para el diagnóstico y tratamiento de las personas enfermas y una transformación profunda en la forma como se aborda este complejo problema, de tal forma que se preste atención al enfermo y se le enseñe y se le promueva la salud mental a la mayoría de la población <sup>(2)</sup>.

Para lograr esto es importante que la salud mental se incluya en la agenda de salud pública y dar una transformación a la forma como se ofrecen los servicios de salud mental, de tal forma que se integren en la atención primaria y que se disponga de suficientes recursos humanos para la atención de la salud mental.

La OMS ha elegido como lema del día mundial de la salud mental 2018: “Educación inclusiva, salud mental positiva”, lo cual refleja una de las preocupaciones principales de quienes trabajan en salud mental, la salud mental de los jóvenes, ya que este año la temática versará sobre la importancia de educar en salud mental a los jóvenes en un mundo cambiante.

Esto no sorprende si se tiene presente que cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años de edad y que en todas las culturas se observan tipos de trastornos similares. Se calculan que el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. Además, la evidencia señala que la detección y tratamiento temprano de los trastornos mentales mejoran los resultados finales. Por tanto, aumentar el conocimiento que los niños y jóvenes tengan sobre la salud mental puede reducir la postergación para recibir tratamiento y evitar la aparición de episodios subsiguientes <sup>(3)</sup>.

Para desarrollar esto de forma armónica, es necesario contar con una política municipal de salud mental, basada en evidencia que proporcione los pasos y condiciones necesarias para dirigir esfuerzos a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales.

## **Promoción de la salud mental**

La salud mental es un asunto y una responsabilidad comunitaria. La promoción de la salud mental es tan exitosa como la promoción de la salud física y más costo efectivo que tratar la enfermedad mental y las consecuencias de la misma <sup>(1)</sup>.

La promoción de la salud mental es un concepto amplio, sin embargo, con frecuencia se refiere a la salud mental positiva, partiendo de que la salud mental es un recurso, un derecho y un valor en sí misma que es esencial para el desarrollo personal, social y económico. Las intervenciones de promoción de la salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo, aquellos que están en alto riesgo y aquellos que están padeciéndose o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental.

Dentro de las intervenciones que mejoran la salud mental de las poblaciones se tienen las siguientes:

- Intervenciones en la niñez temprana como visitas al hogar a mujeres embarazadas, intervenciones psicosociales en niños en edad preescolar, combinaciones de intervenciones nutricionales y psicosociales en las poblaciones más vulnerables.
- Empoderamiento económico y social de las mujeres mejorando el acceso a la educación, planes de microcrédito.
- Apoyo social a las poblaciones de ancianos para que fomenten las relaciones amistosas, centros diurnos y comunitarios para las personas mayores.
- Programas dirigidos a los grupos vulnerables como poblaciones indígenas, inmigrantes y personas afectadas por conflictos y desastres con intervenciones psicológicas y sociales luego del trauma.
- Actividades de promoción para la salud mental en las escuelas, para ofrecer un ambiente acogedor y respetuoso de los niños y jóvenes.
- Intervenciones de salud mental en el trabajo para intervenir el estrés laboral
- Políticas que mejoren la calidad de las viviendas.
- Programas para la prevención de la violencia y programas de desarrollo comunitario.
- Fortalecimiento de las familias, a través de la solución asertiva de problemas como el consumo de drogas y las conductas agresivas.
- La enseñanza de habilidades para la sana convivencia de padres e hijos, así como la ayuda a las familias para hacer frente a los eventos negativos.
- Prevención de los trastornos mentales específicos como la ansiedad o la depresión mediante la aplicación de programas de tamización para hacer el diagnóstico y ofrecer tratamiento a los grupos de personas en situaciones de alto riesgo, a través de entrenamiento cognitivo y en habilidades psicosociales.
- Promover la salud mental en las escuelas, ofreciendo apoyo a los niños que afrontan tensiones serias; promover la conducta pro-social y el desarrollo de habilidades para la vida en los estudiantes que los capaciten a relacionarse mejor consigo mismos, con quienes los rodean y con su entorno.

## Prevención de los trastornos mentales

### Definiciones de prevención universal, selectiva e indicada

**Prevención universal:** se define como aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo.

**Prevención selectiva:** es dirigida a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social.

**Prevención indicada:** es dirigida a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que, en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental.

La prevención de los trastornos mentales en cambio, tiene el objetivo de reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad <sup>(4)</sup>.

## **Interfaz entre la prevención y la promoción en el campo de la salud mental**

La distinción entre la prevención y promoción de la salud radica en sus resultados proyectados. La promoción de la salud mental intenta promover la salud mental positiva aumentando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional y creando condiciones y entornos favorables a la vida. La prevención de los trastornos mentales tiene como objetivo la reducción de los síntomas y en última instancia, la reducción de los trastornos mentales. Utiliza estrategias de promoción de salud mental como uno de los medios para lograr esas metas. Cuando la promoción de la salud mental tiene el objeto de mejorar la salud mental positiva en la comunidad, también podrá tener el resultado secundario de disminuir la incidencia de los trastornos mentales.

La salud mental positiva, actúa como un poderoso factor de protección contra las enfermedades mentales. Sin embargo, los trastornos mentales y la salud mental positiva, no se pueden describir como extremos diferentes de una escala lineal, sino más bien como dos componentes superpuestos e interrelacionados de un solo concepto de salud mental. Los elementos de prevención y promoción a menudo están presentes dentro de los mismos programas y estrategias, involucrando actividades similares y produciendo resultados diferentes pero complementarios. Debido a que tanto la promoción de la salud mental como la prevención de los trastornos mentales se ocupan principalmente de mejoramiento de la salud mental y la influencia de sus antecedentes, se deben entender como enfoques conceptualmente distintos pero interrelacionados <sup>(5)</sup>.

A continuación, se presentan estrategias efectivas para prevenir los trastornos mentales:

## **Trastornos de conducta, agresión y violencia**

Las intervenciones preventivas más exitosas para reducir el riesgo de conducta agresiva y trastornos de conducta se enfocan en mejorar la capacidad social y la conducta prosocial de los niños, los padres, compañeros y maestros. Estas intervenciones se desarrollan conjuntamente con un modelo evolutivo de consenso para problemas de conducta que enfatiza la interacción social entre los niños, los proveedores de cuidado personal y los compañeros.

Dentro de las intervenciones universales que han demostrado tener un impacto positivo en los problemas de conducta están las que se realizan en la escuela e incluyen el manejo de la conducta en el salón de clases, reforzando las habilidades sociales del niño y estrategias multimodales, incluyendo la participación de los padres a quienes se les puede enseñar patrones de conducta prosocial para los hijos.

Los niños cuyos maestros y /o padres han observado que muestran claramente problemas significativos de conducta. Estos niños son identificados desde el jardín infantil y son seguidos a lo largo de los años escolares, permitiéndoles participar en una variedad de intervenciones incluyendo la capacitación en destrezas sociales y habilidades para solución de problemas a través de sesiones de juego con compañeros prosociales y tutoría académica. Simultáneamente los padres son capacita-

dos en dichas destrezas y las familias reciben visitas periódicas al hogar y asistencia para el manejo de casos <sup>(4)</sup>.

## Depresión y sintomatología depresiva

Una amplia variedad de factores maleables de riesgo y de protección influyen en la aparición de la depresión y su recurrencia en diferentes etapas de la vida que pueden remontarse incluso a la infancia temprana. Los esfuerzos por controlar la depresión muestran un efecto significativo y variable de un programa a otro.

Algunas intervenciones universales han enfocado el desarrollo de las habilidades cognitivas, solución de problemas y destrezas sociales de niños y adolescentes y los programas de ejercicios para ancianos.

Las intervenciones que preparan a los padres en la crianza de los hijos, dirigidas a aquellos padres de niños con problemas de conducta y que se enfocan en mejorar el bienestar psicosocial de los padres han mostrado efectividad en reducir los síntomas depresivos en ellos.

Intervenciones dirigidas a afrontar eventos importantes de la vida han demostrado una reducción significativa y a largo plazo de los síntomas depresivos. Para aquellas personas que presentan elevados niveles de síntomas depresivos se ha observado que el entrenamiento en pensamiento positivo y mejorar las habilidades de solución de problemas son estrategias efectivas para prevenir episodios depresivos <sup>(5)</sup>.

## Trastornos de ansiedad

Poblaciones en riesgo como niños de padres ansiosos, víctimas (de abuso, accidentes, violencia, guerra, desastres naturales u otros traumas), refugiados y profesionales en riesgo se pueden beneficiar de robustecer la fortaleza emocional y las habilidades cognitivas necesarias para evitar el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Un programa de prevención prometedor del programa de ansiedad para niños de 7 a 16 años de edad es el programa australiano FRIENDS, que se ha utilizado ampliamente en escuelas, centros de salud y hospitales. Esta estrategia incluyó 10 sesiones de terapia cognitivo conductual, que enseña las habilidades para hacer frente a la ansiedad de forma más efectiva y a construir la fortaleza emocional, habilidades para solución de problemas y confianza en sí mismos <sup>(4,5)</sup>.

## Trastornos alimentarios

Con el fin de reducir los malos hábitos alimentarios y los trastornos alimentarios, las intervenciones preventivas se enfocan en estudiantes de escuela primaria, media y secundaria. Una nueva generación de programas multidimensionales que integran la educación tradicional de la salud en una estrategia más amplia de promoción de la salud mental con buenos resultados. Intervenciones interactivas basadas en Internet han logrado llegar a mujeres jóvenes en riesgo y fue efectiva en cambiar los factores de riesgo personal para los trastornos alimentarios como resultado de dichas intervenciones <sup>(4)</sup>.

## Trastornos relacionados con sustancias

Las intervenciones universales que implican regulaciones efectivas para sustancias adictivas, se pueden implementar a través de impuestos, restricciones en la disponibilidad y prohibición de la publicidad directa e indirecta son de utilidad. Las intervenciones en escuelas han demostrado ser efectivas para mejorar el conocimiento y las actitudes, pero hay poca evidencia disponible en relación con la

prevención real de los trastornos. Los consejos breves de un médico general, logran que un 40% intente dejar de fumar y aproximadamente un 5% deja de fumar durante por lo menos 6 meses y si se da reemplazo de nicotina el éxito aumenta a 10%<sup>(4)</sup>.

## Suicidio

Los factores más importantes basados en evidencia para el suicidio son los trastornos psiquiátricos, los factores de estrés como adversidad en la niñez, el desempleo, el aislamiento social, el suicidio en la familia o entre amigos o compañeros, el acceso limitado a ayuda psicológica y el acceso a las formas de cometer suicidio. Dentro de las estrategias más efectivas para prevenir suicidios se incluye la prescripción de medicamentos antidepresivos a pacientes que sufren depresión y la reducción del acceso a las formas de cometer suicidio. En jóvenes se recomienda un enfoque de componentes múltiples con base en la escuela.

La detección sistemática directa de adolescentes, utilizando factores de predicción de suicidio basados en evidencia, con implementación de una política escolar de prevención de suicidio, capacitación y consulta de los maestros, educación a los padres, plan de estudios para el manejo del estrés y habilidades de supervivencia y el establecimiento de un grupo de crisis en la escuela, pueden reducir sustancialmente en el tiempo el comportamiento suicida <sup>(6)</sup>.

Como se puede observar, definitivamente el suicidio es prevenible y merece total atención desde la familia, las entidades gubernamentales y la sociedad en general.

## Bibliografía

1. **Fundación Victoria para la Promoción de Salud, Universidad de Melbourne.** Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica, informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2004.
2. **Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, Organización Panamericana de la Salud.** Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2009.
3. **Weltgesundheitsorganisation, editor.** Mental Health: New Understanding, new hope. repr. Geneva: World Health Organization; 2002. 178 p. (The world health report).
4. **Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C.** Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. World Psychiatry. Febrero de 2006;5(1):5-14.
5. **Srivastava K.** Positive mental health and its relationship with resilience. Ind Psychiatry J. Julio de 2011;20(2):75-6.
6. **Saxena S, Krug EG, Chestnov O, World Health Organization, editores.** Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. 89 p.